

Maria de La Salette Esteves Calvinho Branco

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Violência Conjugal Contra A Mulher.

Histórias Vividas e Narradas no

Feminino.

Orientadora:

Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta

Lisboa, 2007

SIGLAS

AI – Amnistia Internacional

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência Doméstica

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ATL – Atelier de Tempos Livres

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CE – Conselho da Europa

CEDAW – Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres

CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher

CS – Centro de Saúde

CSW – Comissão sobre o Estatuto da Mulher

DAW – Divisão para o Progresso das Mulheres

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMCVD – Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica

EU – União Europeia

EUA – Estados Unidos da América

GAF – Gabinete de Atendimento à Família

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSTRAW – Instituto das Nações Unidas para a Investigação e Formação em prol das
Mulheres

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LEF – Lobby Européen des Femmes

LEM – Lobby Europeu de Mulheres

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PSP – Polícia de Segurança Pública

SU – Serviço de Urgência Hospitalar

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

UNIFEM – Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Mulheres

WHO – World Health Organization

*Às minhas filhas,
Catarina e Joana,
mulheres da minha história de vida*

*“A violência contra as mulheres é talvez a mais vergonhosa violação dos direitos humanos.
Não conhece fronteiras geográficas, culturais ou de riqueza.
Enquanto se mantiver, não poderemos afirmar que fizemos verdadeiros progressos em direcção
à igualdade, ao desenvolvimento e à paz.”*

Kofi Annan

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho foi possível pela inestimável colaboração de muitas pessoas, que não poderíamos deixar de mencionar.

Antes de mais, queremos dirigir-nos a todas as mulheres que em nós depositaram a sua confiança e connosco partilharam as suas histórias de vida, tornando possível este momento. Pela disponibilidade e pela coragem, dirigimos a todas um caloroso agradecimento.

À Professora Doutora Natália Ramos, que orientou este trabalho, agradeço o entusiasmo que desde o início transmitiu, a disponibilidade e a prestimosa orientação, ao longo de todo o nosso trajecto.

Ao Gabinete de Apoio à Família de Viana do Castelo, agradecemos a colaboração: ao Dr. Manoel Batista, a prontidão no acesso à instituição que dirige e a toda a equipa técnica, especialmente à Dr.^a Marisa Lamas, pela disponibilidade, empenho e simpática colaboração.

Aos professores do 5º Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde, um agradecimento pelo contributo neste percurso formativo, e aos colegas, em especial à Cristina Coelho e à Maria Saavedra.

Aos colegas de trabalho um reconhecido agradecimento:

Ao Luís Graça, pela pertinente apreciação do projecto, pedra basilar deste trabalho;

À Arminda Vieira, à Ilda Lima e à Augusta Delgado pela colaboração na transcrição das entrevistas; À Augusta Delgado e à Aurora Pereira um agradecimento muito especial pela colaboração no tratamento e análise dos dados. Ainda à Aurora, pelo estímulo e pela colaboração nas actividades lectivas, para facilitar a fase final deste trabalho e à Clara Araújo pela promoção de condições facilitadoras para a realização deste trabalho, que desde sempre estimulou.

Ao Carlos Jorge agradeço a composição gráfica da capa e ao Sr. Alfredo Alves a formatação final do texto.

Aos meus tios, Gabriela e Ângelo, pela calorosa hospitalidade aquando das minhas estadias em Lisboa, muito obrigada.

Aos meus pais, que contribuíram para ser quem sou, agradeço o encorajamento transmitido ao longo deste período de formação. À minha irmã e irmão, por o serem.

Um agradecimento muito especial às minhas filhas, pela compreensão dos muitos momentos adiados, pelos estímulos dados e por acreditarem que este momento chegaria.

RESUMO

A violência contra as mulheres é universal e ocorre sobretudo no espaço privado familiar, infligida pelo companheiro com quem partilham afecto e responsabilidades.

É considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública, com nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental da mulher, dificultadoras do pleno desempenho familiar, social e laboral.

Partindo destes pressupostos, quisemos compreender **como vivenciam as mulheres os maus-tratos conjugais e quais as suas expectativas relativamente à intervenção dos profissionais de saúde.**

Para a condução científica do estudo abordámos a perspectiva psicossociológica da família e a comunicação no contexto familiar; a violência conjugal contra a mulher e a saúde.

Inserido num paradigma qualitativo, o estudo que desenvolvemos configura-se como um Estudo de Caso do tipo Histórias de Vida, com mulheres de meio urbano e meio rural e de diferentes gerações.

Este estudo contribuiu para compreendermos que estas mulheres viveram relações conjugais marcadas por valores tradicionais de género e desigualdade na família, onde as capacidades de diálogo e comunicação não permitiam resolver positivamente os conflitos. Verificámos ainda, que percepcionaram as atitudes dos profissionais de saúde, centradas no modelo biomédico, dificultador de uma relação empática capaz de inspirar confiança e de facilitar uma escuta activa, de modo a permitir-lhes considerar este grupo profissional como um recurso e apoio, apesar de identificarem múltiplas repercussões da violência de que foram alvo ao nível da saúde física e mental.

A formação relacionada com as questões da violência como um risco para a saúde mental e física, parece-nos ser um aspecto a apostar ao nível da formação, que deve desenvolver capacidades comunicacionais favorecedoras da informação e interacção adequadas em contexto profissional e da mudança do paradigma biomédico, ainda dominante nas práticas dos profissionais de saúde, para um paradigma holístico em saúde, propiciador da intervenção centrada na pessoa inserida no seu contexto ecológico e sociocultural.

ABSTRACT

The violence against women is universal and it happens mainly in the familiar private space, inflicted by the male companion with whom they share affection and responsibilities.

The WHO (World Health Organization) considers this as a public health problem, with fatal repercussions on a physical and mental health level on women, making difficult to have a fully familiar, social and laboring performance.

Having this in mind, we wanted to understand **how women experience the misbehaviors in married life and what their expectations considering the intervention of health professionals are.**

We approached the psycho sociologic perspective of family, the communication in a familiar context; the conjugal violence against women and health, to have a scientific conduction of the study.

Inserted on a quality paradigm, the study that we developed configures itself as a Study of Case, type Life Stories, with women from the urban and rural environments and of different generations.

This study contributed to the understanding of the fact that these women experienced conjugal relationships marked by traditional values of gender and family inequality and on the genders role, where the abilities of dialogue and communication didn't allow solving the conflicts positively. We also verify the perception of attitudes of health professionals, focused on a biomedical model, difficult to have an empathic relationship capable of inspiring trust and making easy the active listening, so that it is allowed to them to consider this professional group as a resource and support, even if, they identify multiple repercussions of violence that they suffered, on a health, physical and mental level.

The formation related to the violence issues as a risk to the mental and physical health, looks to us as an issue worth betting on a formation level, that must develop the communication abilities helper of information and interaction appropriate on a professional context and of the change of the biomedical paradigm, still dominant on the health professional performances, to an holistic on health, propitiator of intervention focus on the person inserted on his/her ecologic and socio cultural context.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	12
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
CAPÍTULO 1 – A FAMÍLIA: ABORDAGEM PSICOSSOCIAL	19
1. PERSPECTIVA PSICOSSOCIOLOGICA DA FAMÍLIA	19
1.1. Família e mulher: um legado do passado	21
1.2. Papéis sociais de género	27
1.3. O Movimento Feminista	34
1.4. A família e a mulher na actualidade	40
1.4.1. Perspectiva sistémica da família	49
1.4.2. Comunicação na família	54
CAPÍTULO 2 – VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER	64
1. CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER	64
1.1. Definição e tipos de violência conjugal contra a mulher	82
1.2. Dinâmica da relação conjugal violenta	86
1.2.1. O ciclo de violência conjugal	90
1.2.2. Perfil de vitimador e de vítima na relação conjugal violenta	92
1.3. Factores psicossociais dificultadores da ruptura da relação conjugal violenta	94
2. ABORDAGENS TEÓRICAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	97
3. A CONSCIÊNCIA GLOBAL DA VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER	101
3.1. A violência conjugal em números na Europa	108
3.1.1. A situação Portuguesa	111
3.2. Recursos sociais no âmbito da violência conjugal em Portugal	114
CAPÍTULO 3 – VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER E REPERCUSSÕES NA SAÚDE	117
1. A SAÚDE E O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	117
1.1. Repercussões da violência na saúde da mulher	119

2. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL	126
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	137
CAPÍTULO 1 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	138
1. PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	138
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	141
3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	142
4. DO TERRENO DE PESQUISA À CONSTITUIÇÃO DA POPULAÇÃO	143
4.1. O Gabinete de Atendimento à Família	144
4.1.1. Centro de apoio psicossocial e dados estatísticos referentes ao ano de 2004	146
4.2. Constituição da População do estudo	149
4.3. Constituição do “<i>corpus</i>” de análise	154
4.4. Tratamento, apresentação e interpretação dos dados	155
CAPÍTULO 2 – DA ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL À APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	157
1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE NO ESTUDO	157
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS DAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS MULHERES MALTRATADAS	168
2.1. Síntese narrativa das histórias de vida das mulheres maltratadas	168
2.2. Apresentação e análise dos dados	193
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	244
CONCLUSÃO	254
BIBLIOGRAFIA	265

ANEXOS	275
ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA	276
ANEXO 2 – INQUÉRITO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	278

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Ciclo Vital Familiar de Duvall	53
Quadro nº 2 – Duração da vitimação distribuída por anos	91
Quadro nº 3 – Distribuição da população alvo do estudo pelos critérios de inclusão e concelho de residência	153
Quadro nº 4 – Dados recolhidos para caracterização sócio-demográfica da população do estudo	154
Quadro nº 5 – Idade das participantes relacionada com o contexto sócio- geográfico de residência	158
Quadro nº 6 – Nível de escolaridade das participantes relacionado com o contexto sócio-geográfico	158
Quadro nº 7 – Estado civil das participantes durante a relação com o agressor relacionado com o contexto sócio-geográfico das participantes	159
Quadro nº 8 – Diferença entre o estado civil das participantes durante a relação com o agressor e o estado civil actual	160
Quadro nº 9 – Número de filhos e a situação actual dos mesmos por participante no estudo	161
Quadro nº 10 – Tipologia familiar das participantes durante a relação conjugal violenta em relação com o contexto sócio- -geográfico	162
Quadro nº 11 – Tipologia familiar actual das participantes	163
Quadro nº 12 – Situação laboral actual das participantes em relação com o contexto sócio-geográfico	164
Quadro nº 13 – Síntese da situação sócio-demográfica das participantes	167

Quadro nº 14 – Conceito de maus-tratos: categorias, subcategorias e frequência	194
Quadro nº 15 – Génese dos maus-tratos: categorias, subcategorias e frequência	196
Quadro nº 16 – Dinâmica e evolução dos maus-tratos, durante a relação conjugal: categorias, subcategorias e frequência	197
Quadro nº 17 – Tipos de maus-tratos infligidos às mulheres, durante a relação conjugal: categorias, subcategorias e frequência	199
Quadro nº 18 – Motivos dos maus-tratos conjugais: categorias, subcategorias e frequência	204
Quadro nº 19 – Violência nos núcleos familiares do agressor e da vítima: categorias, subcategorias e frequência	210
Quadro nº 20 – Factores dificultadores da ruptura conjugal pelas mulheres: categorias, subcategorias e frequência	214
Quadro nº 21 – Estratégias adaptativas utilizadas pelas mulheres: categorias, subcategorias e frequência	219
Quadro nº 22 – Recursos comunitários utilizados pelas mulheres em situação de maus-tratos conjugais: categorias, subcategorias e frequência	224
Quadro nº 23 – Recursos comunitários utilizados: categorias, subcategorias e frequência	228
Quadro nº 24 – Tipos de maus-tratos após a separação ou divórcio: categorias e frequência	230
Quadro nº 25 – Repercussões dos maus-tratos conjugais: categorias, subcategorias e frequência	233
Quadro nº 26 – Dinâmica inter-relacional com os profissionais de saúde: categorias, subcategorias e frequência	240

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um fenómeno universal sem relação com a etnia, e existente em qualquer cultura, religião ou classe social.

É uma consequência do desrespeito pelos direitos humanos, nomeadamente pelos direitos da mulher e da criança, que a sociedade organizada de forma patriarcal sustenta e que afecta um número considerável de mulheres em todo o mundo, dos países mais pobres aos mais ricos.

A violência conjugal contra a mulher é uma das questões de género que tem suscitado preocupação mundial, depois de trazida a público pelos movimentos feministas da década de 70, os quais foram impulsionadores do debate público de um assunto até então escondido pela privacidade familiar.

As desigualdades de género e o desrespeito pelos direitos da mulher enquanto pessoa e a violência a que muitas estavam sujeitas na própria casa, tornaram-se preocupações mundiais, para muitas associações de mulheres, para a Organização das Nações Unidas e do Conselho da Europa, entre muitas outras a nível mundial. O trabalho desenvolvido por muitas organizações e governos favoreceu a alteração de leis e contribuiu para a promoção da consciencialização para os direitos individuais.

As agressões no seio do casal têm socialmente maior visibilidade mas são ainda culturalmente aceites ou toleradas, pois mantêm-se ainda enraizados comportamentos que o provérbio popular “entre marido e mulher não se mete a colher”, vai sustentando ou pelo menos justificando de geração em geração, desculpabilizando os agressores e amarfanhando as vítimas.

As mulheres estão mais conscientes dos seus direitos enquanto seres humanos e por inerência de género desejam estabelecer uma relação afectiva com um parceiro que com ela a construa e partilhe com igualdade e respeito mútuo.

A consolidação da consciencialização e determinação feminina sobre os seus direitos como pessoas e membros válidos e produtivos para a sociedade, talvez constitua um factor importante para que a existência de maus-tratos que silenciosamente se suportaram, se tenham tornado mais barulhentos, embora ainda não ensurdecedores.

O papel da mulher evoluiu em muitos países, ao nível da intervenção no espaço público, não tendo essa evolução sido acompanhada ao mesmo ritmo por mudanças sócio-culturais e políticas. Os papéis tradicionais de género continuam a ser transmitidos de geração em geração; os ordenados das mulheres continuam a ser mais baixos que os dos homens no mesmo exercício profissional; os cuidados à família continuam centrados na mulher; a rede social de apoio à família (creches, jardins de infância, centros de dia para idosos, ATL para as crianças, etc.) continua a ser insuficiente ou a não responder às necessidades das famílias, por difícil compatibilidade de horários e de períodos de férias.

Nestas condições, o papel da mulher na sociedade parece estar votado a uma dualidade que pretende reconhecer e obter o préstimo social da mulher mas mantendo de certo modo controlado o seu papel tradicional.

Na família, a mulher continua a ter uma maior centralização da responsabilidade com a casa, o bem-estar do companheiro e dos filhos, mesmo depois de várias horas de trabalho remunerado, tal como o companheiro. Os homens deixaram de ser os únicos provedores da família, que passou a estar mais resguardada do espaço exterior e arredada dos seus instrumentos de organização e de controlo.

É no espaço privado familiar, que a mulher corre maior risco de ser agredida. A mulher é submetida a violência dentro do seu próprio lar, por parte do companheiro com quem partilha afecto, responsabilidades e espaço.

A violência doméstica tem repercussões ao nível da saúde da mulher, pode comprometer o futuro dos filhos e a sua saúde e reflecte-se negativamente na sociedade actual e futura.

A violência doméstica é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública.

Muitas mulheres maltratadas pelo cônjuge têm medo e vergonha da situação, e estes sentimentos são factores dificultadores da verbalização sobre as relações conjugais violentas. Assim, vão tolerando a violência ao longo de vários anos, com nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental e que lhes podem dificultar o seu papel no contexto familiar que se deseja propiciador de educação, socialização e afecto, bem como, prejudicar o seu desempenho ao nível social e laboral.

Os profissionais de saúde têm responsabilidade na saúde das comunidades pelo que devem conhecer este fenómeno e considerá-lo nas práticas clínicas.

São estes profissionais que se encontram na primeira linha de possível recurso.

O Centro de Saúde é habitualmente frequentado com continuidade, para vigilância de saúde da própria mulher e dos filhos, e vocacionado para o atendimento e seguimento da família.

O hospital - vocacionado para cuidados de saúde diferenciados - tem contacto com mulheres agredidas pelo cônjuge ao nível da urgência hospitalar e ao nível de serviços de psiquiatria quando a mulher manifesta desequilíbrios de saúde que requerem tratamento diferenciado. Mas é ainda no hospital que se encontram os serviços de especialidade de obstetrícia, ginecologia e de pediatria, dos quais as mulheres podem ter necessidade em determinados momentos do seu ciclo de vida.

Nestes serviços de saúde os profissionais devem estar habilitados a reconhecer sinais de maus-tratos e a deter informação adequada de forma a encaminharem a mulher para que numa perspectiva interdisciplinar ela encontre suporte, informação e segurança.

A opção por esta problemática prendeu-se com alguns aspectos que variam entre o interesse e gosto pessoal pelos temas emergentes da desigualdade de género e o interesse de cariz profissional pelas suas repercussões na saúde da mulher e na família.

Ao longo de vários anos de exercício clínico como Enfermeira em Cuidados de Saúde Diferenciados foi-se formando a percepção que existe pouca sensibilização e formação para a intervenção efectiva junto de mulheres vítimas de maus-tratos.

No âmbito profissional actual - docência numa Escola Superior de Enfermagem - emergiu um particular interesse, pela colaboração na docência da Unidade Curricular “Saúde – Indivíduo, Família e Comunidade”, na qual são abordadas as questões da família numa perspectiva sistémica e realizada a avaliação da família em aulas teórico-práticas e em contexto de Centro de Saúde.

Importou-nos pois compreender o fenómeno, conhecendo-o a partir do relato de quem o vive ou viveu e perceber para além das experiências de maus-tratos, a experiência e expectativas das mulheres com os profissionais de saúde que com elas contactaram, por considerarmos importante a intervenção destes profissionais, a nível

da prevenção, do diagnóstico e do encaminhamento, promovendo a saúde da mulher e da família.

Neste sentido e contexto reflexivo surgiu o “nosso” **Problema de Investigação:**

Como vivenciam as mulheres os maus-tratos conjugais e quais as suas expectativas relativamente à intervenção dos profissionais de saúde?

Para o desenvolvimento do estudo desta problemática estabelecemos os seguintes objectivos gerais:

- Conhecer as experiências de maus-tratos conjugais de mulheres maltratadas, com apoio do Gabinete de Apoio à Família de Viana do Castelo;

- Conhecer as expectativas das mulheres maltratadas, com apoio do Gabinete de Apoio à Família de Viana do Castelo, relativamente aos profissionais de saúde.

Estabelecemos como fio condutor para os atingir, os objectivos específicos que a seguir apresentamos:

- Identificar conceito de maus-tratos conjugais na perspectiva da mulher maltratada;
- Identificar os maus-tratos infligidos a estas mulheres;
- Conhecer a génese e evolução dos maus-tratos, nestas mulheres;
- Identificar motivos de maus-tratos conjugais;
- Conhecer processo de adaptação da mulher ao mau-trato conjugal;
- Conhecer a perspectiva da mulher relativamente às repercussões dos maus-tratos;
- Identificar recursos comunitários utilizados pela mulher face às situações de maus-tratos;
- Conhecer a acessibilidade das mulheres maltratadas aos profissionais de saúde;
- Conhecer as expectativas das mulheres maltratadas, relativamente às intervenções dos profissionais de saúde.

A apresentação deste trabalho estrutura-se em duas partes.

Na parte I é apresentado o enquadramento teórico que sustenta a investigação empírica desenvolvida.

No capítulo 1 abordamos a perspectiva psicossociológica da família numa óptica de evolução quanto à forma de constituição e às funções intra-familiares e sociais. Apresentamos os papéis sociais de género e a importância do movimento feminista nas transformações sociais inerentes ao género feminino que culmina com a abordagem da mulher e da família na actualidade e da importância da comunicação no contexto familiar.

O capítulo 2 dedicamo-lo à violência conjugal contra a mulher e nele abordamos os contextos e enraizamento cultural de condições favorecedoras da violência que acontece em casa, perpetrada pela pessoa eleita por amor para constituir família. Definimos conceitos de violência, maus-tratos e agressão. Apresentamos os tipos de violência conjugal e a dinâmica da relação conjugal violenta, bem como, a intervenção e a preocupação mundial que têm contribuído para a visibilidade e compreensão do fenómeno. Ainda neste âmbito, referimos algumas estatísticas e estudos realizados na Europa e em Portugal. Por último, mencionamos algumas das teorias que têm sido produzidas sobre a problemática da violência familiar.

No capítulo 3 apresentamos questões de violência e de saúde, e as repercussões da violência na saúde da mulher, utilizando um conceito holístico de saúde. Referimo-nos ao papel das instituições de saúde e dos profissionais na consideração e conhecimento do fenómeno nas suas intervenções clínicas e da importância da comunicação no desenvolvimento de uma relação empática, favorecedora do diagnóstico e da intervenção.

A Parte II deste trabalho é constituída pela investigação empírica que desenvolvemos.

Dedicamos o capítulo 1 à apresentação da problemática do estudo e da metodologia utilizada.

No capítulo 2 procedemos à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos.

Terminamos com as conclusões e sugestões permitidas pela consecução deste trabalho, que poderão constituir pontos de partida para novas investigações e orientações para a abordagem da violência conjugal por profissionais do terreno e da docência.

Encerram o trabalho a bibliografia e os anexos.

Estamos cientes das limitações do nosso estudo, prevemos, contudo, que a investigação desta problemática contribuirá para a compreensão do fenómeno na perspectiva da mulher maltratada pelo cônjuge e para a sensibilização de profissionais e de futuros profissionais de saúde, especialmente de Enfermagem, para um fenómeno sócio-cultural com repercussões sobre a saúde.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – A FAMÍLIA: ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

Neste capítulo fazemos a abordagem da evolução da família e do papel da mulher, referindo a mudança gerada pelo movimento feminista. Finalizamos com a importância da comunicação em contexto familiar.

1. PERSPECTIVA PSICOSSOCIOLÓGICA DA FAMÍLIA

Não faria sentido falar sobre violência conjugal contra a mulher, sem abordar a família, pois é no seu seio que ela existe, se repercute e perpetua.

Intrinsecamente ligado à evolução da constituição da família e das relações familiares está o estatuto e o papel da mulher na família e na sociedade. Ao longo dos tempos a dicotomia homem/mulher extravasou a fisiologia sexual humana para ser integrada em normas da vida social a partir da construção social de funções específicas para homens e mulheres. Nesse sentido, esperava-se da mulher submissão e afectividade por oposição à autoridade e virilidade esperadas do homem, ao qual se exigia responsabilidade pelo sustento da família em contraste com a dependência económica da mulher. Da mulher exigia-se dedicação à casa e aos filhos que educava, mas sob a vigilância moral e reguladora do homem que o legitimava a usar de força física para que a moralidade vigente na sociedade e necessária à família fosse mantida pela mulher e pelos filhos (Silva, 1995).

É na família de origem que se iniciam as primeiras experiências de relação entre os sexos e a aprendizagem dos papéis de género, a partir dos valores e das normas transmitidos, das expectativas relativas a cada elemento e da distribuição de tarefas no seu seio.

Tendo a violência contra a mulher a sua maior expressão no seio da família, onde é facilitada pela proximidade afectiva e física, em ambiente privado, importa conhecer a evolução desse contexto social que é a célula familiar, onde o costume ainda impera na desigualdade das relações na família e se sobrepõe às leis existentes há décadas, numa tentativa de mudança de mentalidades, que tem sido lenta, no que se refere à igualdade de homens e mulheres na família e na sociedade, onde todos devem ser considerados como pessoas (Silva, 1995).

A família tem vindo a merecer a atenção de diferentes áreas do saber como sejam a História, a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Economia e o Direito, as quais têm contribuído para um diferente olhar sobre a mesma, mas ao longo dos tempos a família tem sido definida por discursos da mais variada proveniência: tradição cultural, tradição familiar, religião, moral e política social (Saraceno, 1992).

Michel classifica a família como “*um fenómeno histórico, inseparável da sociedade global*” (1983, p.15).

Saraceno refere a “*forte variabilidade histórica e cultural*” associada à palavra família e que isso traduz “*a complexidade de relações e de dimensões implicadas no espaço da família: dos vínculos e dos diversos limites que o articulam, que exigem ser separados e determinados, mas também tematizados nas suas interdependências*” (1992, p.11).

Considerada um subgrupo social, sabe-se hoje que é culturalmente construído e que não se forma naturalmente, regendo-se a sua constituição por diferentes regras face a diferentes sociedades e tempos. Os factores económicos e ecológicos são, entre outros, os determinantes e não a naturalidade biológica. Associada a esta história de evolução social da família, desenrola-se a história interna da família, na qual os seus elementos se adaptam entre si e reinventam as relações intrafamiliares e com a sociedade, num processo dinâmico, caracterizado pela capacidade de constante adaptação à realidade social (Saraceno, 1992; Silva, 1995).

A família adapta-se interagindo com a cultura envolvente num processo bilateral. A família não é uma célula social passiva, na medida em que também resiste às mudanças e é capaz de influenciar o meio exterior (Segalen, 1992).

Não existe um único tipo de família, nem de organização familiar. Ao longo do tempo, em diferentes sociedades, diversos tipos de famílias se formaram e organizaram, em interacção com a cultura e para fazer face a necessidades económicas e demográficas. Não há então, nem um modelo ideal de família, nem a mudança que emerge desta complexidade de interacções significa que a família como célula social esteja em crise. Significa sim, que ela continua, como sempre o fez, a adaptar-se com extraordinária flexibilidade às transformações que diversas áreas sociais vão gerando (Segalen, 1992).

A família contemporânea sofreu uma contracção na sua dimensão relativamente ao passado, passando a constituir-se baseada no casal, que vive com os seus filhos, num refúgio social e envolvidos em afectividade (Segalen, 1992).

Este tipo de família, como é conhecido na actualidade, nem sempre existiu. Ao longo da história as regras de constituição e as funções inerentes às famílias têm-se alterado nas diversas regiões do mundo. Essa mudança, influenciada por diversos factores como por exemplo os sociais, culturais, religiosos, políticos, económicos, deu origem à família da actualidade, nas sociedades ocidentais (Michel, 1983).

Vejamos, por exemplo, a emergência nos últimos anos dos diferentes tipos de famílias, como as monoparentais, as que resultam de reconstituição após divórcio, ou ainda as constituídas por pessoas idosas ou de orientação sexual diferente.

As novas configurações familiares são mais ou menos reconhecidas pela sociedade, contudo, não alteraram até agora a imagem que ocorre sempre que a palavra família é pronunciada - aquela que é constituída por pai, mãe e seus filhos, vivendo sob o mesmo tecto e partilhando o tempo, o espaço, o orçamento familiar e as responsabilidades, ligados por laços afectivos e biológicos (Silva, 1995; Alarcão, 2000).

O conhecimento anterior da família, numa perspectiva de evolução permite expandi-lo, proporcionando uma melhor compreensão da multiplicidade de modelos familiares que numa sociedade podem existir pela interacção e interdependência contínua entre os actores, da qual podem resultar mudanças em diferentes sentidos (Saraceno, 1992).

1.1. Família e mulher: um legado do passado

A forma de constituição da família tem tido ao longo dos tempos e nas diferentes sociedades diferentes objectivos e regras orientadoras. A mulher não foi, ao longo de vários séculos, reconhecida como pessoa com direito a participação social, sendo instrumentalizada com diversos objectivos sociais, políticos e religiosos estabelecidos por uma sociedade de organização patriarcal. Tempos houve em que as famílias se constituíam com o objectivo de preservar a linhagem familiar e de estabelecer alianças familiares e económicas. Eram os progenitores que decidiam o futuro casamento dos seus filhos (Silva, 1995).

Nas civilizações de há 6000 anos, na Grécia e Roma antigas, a mulher não tinha direitos jurídicos e estava submetida à autoridade do homem, tal como as crianças e os servos, ou seja, do pai até que se casasse e depois do marido. Eram os pais que decidiam, habitualmente na infância, o casamento mas também podia ser determinado entre o pai da noiva e o homem que pretendesse desposá-la. Sob a autoridade quase absoluta do marido, a mulher podia ser repudiada e mesmo morta por ele.

Na Roma Antiga, a mulher era um bem negociável pelos homens com o objectivo de assegurar a descendência e assim a transmissão de heranças. As mulheres não tinham direito às heranças, eram sim uma parte das mesmas. Uma vez que elas eram numericamente inferiores, consequência da grande mortalidade de mulheres por parto, podiam ser cedidas entre diversos homens, assegurando-lhes a descendência e o estabelecimento de alianças familiares. O desejado da mulher eram os filhos que ela viesse a ter e por isso, o pretendente pagava ao pai da pretendida um dote em troca da mulher que lhe realizasse essa ambição. Se assim não acontecesse, o dote pago pelo marido ao pai por altura do casamento era devolvido, ou então, suspenso o seu pagamento até que a mulher tivesse o primeiro filho. Os filhos do sexo masculino eram alvo de mais cuidados do que os do sexo feminino e o pai podia decidir o direito à vida das filhas (Silva, 1995).

Ainda segundo esta autora, a partir do séc. IV, com a conversão do Imperador Constantino ao Cristianismo, até finais do séc. XI, a Igreja Católica começou a introduzir alterações que favoreceram o estatuto social da mulher. Foi concedido à mulher a possibilidade de herdar bens de família se fosse solteira e com mais de vinte e cinco anos ou se fosse viúva. Começou a ser socialmente permitido e reconhecido à mulher o papel de educadora e agente da formação religiosa, bem como actividades económicas como por exemplo a produção de géneros alimentares. Muitas mulheres podiam então contribuir para mosteiros e conventos, locais onde se realizava a formação educativa e religiosa, por isso, muitas sabiam ler. A Igreja Católica impôs que o casamento fosse celebrado por livre acordo dos noivos, permitindo-lhes o direito a opinar sobre o mesmo. Contudo, se a mulher fosse sujeita à imposição da vontade do pai para casar, podia recusar e refugiar-se num convento alienando os seus bens à Igreja. Porém, a vontade dos pais continuou a ser a determinante na decisão da escolha do noivo, pois o matrimónio era realizado entre os doze e os quinze anos, idades em que as jovens estavam sob a tutela dos pais, que continuaram a decidir o casamento dos

filhos como forma de estabelecer novas alianças familiares. A mesma instituição religiosa deliberou, ainda, a indissolubilidade do casamento, impedindo uma nova união, condenou o adultério e determinou o não reconhecimento dos filhos nascidos fora do casamento como legítimos, o que se reflectiu na abolição da circulação de mulheres por vários homens com objectivo de deixar descendência. Desta forma, a Igreja Católica valorizou socialmente a mulher e o seu papel na família, mas negou-lhe o direito à sexualidade e estimulava o homem a vigiá-la. As relações sexuais eram legitimadas só depois do casamento e restringidas à reprodução. A mulher não podia ter prazer sexual e a sua sexualidade era associada ao pecado. Ao homem era permitido ter prazer para assegurar descendência.

A partir do séc. XI e até ao séc. XVI, a Igreja Católica alterou a sua posição em relação à mulher. As mulheres foram isoladas em casa ou nos conventos, impossibilitadas de continuarem, como até então, a exercer actividades comerciais ou artesanais e afastadas da sua função educadora. O Episcopado, interdito desde sempre às mulheres, passou a monopolizar escolas e universidades, a educação foi-lhes consequentemente interdita. Passaram a ser, outra vez, juridicamente incapazes, logo, representadas e submetidas à autoridade masculina. Do pai enquanto solteira, do marido quando casada e se fosse viúva, de um familiar masculino da família do marido. Muitas mulheres foram vítimas da Inquisição por contestarem estas inversões. À época, a Igreja tinha já enriquecido consideravelmente o seu património, devido à entrada de mulheres para o convento abdicando em favor da Igreja do seu património familiar. As práticas materialistas da Igreja começaram a ser reprovadas, originando a diminuição desses proventos, o que contribuiu para o fortalecimento do estado e das famílias, favorecendo as mudanças sociais que se seguiram (Silva, 1995).

Na Europa ao longo do séc. XVI até ao séc. XVIII, o Estado fortaleceu-se e começou a ter um papel social, especialmente ao nível da alfabetização. Aconteceu a privatização da vida familiar, desaparecendo a dimensão comunitária. A casa da família era simultaneamente uma unidade económica de auto-subsistência e de produção de bens para troca, mas também um local com mais privacidade, onde se desenvolviam relações afectivas. Na mesma casa viviam famílias extensas e também outros elementos não ligados por laços biológicos mas que participavam na produção familiar, auferindo assim de alojamento e alimentação. As crianças aprendiam a trabalhar e a produzir com os adultos do mesmo sexo, pois existiam tarefas específicas para cada sexo. As meninas

ficavam com as mães nas imediações da casa e executavam todos os trabalhos relacionados com a manutenção da casa e da família, como por exemplo a alimentação e o vestuário. Aos homens e aos meninos estavam destinados os trabalhos distanciados da casa. A família vivia em estreita ligação com o trabalho, desenvolvido de forma complementar pelos seus membros, homens e mulheres. A partilha de espaço era constante, as casas não tinham divisões, o que não conferia privacidade aos seus elementos. O homem era o chefe de família e a mulher sua subordinada tanto económica como moralmente. Enquanto executor da autoridade o homem podia utilizar da força física como um direito. Os princípios morais da época não permitiam expressões de carinho entre o casal e as relações sexuais continuavam a ter como único objectivo a procriação. As crianças eram força de trabalho. As mulheres dos meios mais favorecidos entregavam os filhos para serem criados por amas, mas as mais desfavorecidas tinham que trabalhar e por isso levavam-nos consigo, ou então entregavam-nos a outras mulheres. Qualquer que fosse a opção, não lhes dispensavam os cuidados adequados. Um casal só poderia casar quando tivesse meios para se auto-sustentar. Os rapazes deviam ter terra para cultivar ou uma arte e as raparigas dependiam de um dote para casarem, pelo que o casamento passou a ser mais tardio. Todos os elementos da família trabalhavam em colaboração para que ao filho mais velho fossem proporcionados meios para casar, podendo aos outros filhos ser proporcionados ou não, ficando por isso, muitas pessoas solteiras. Na vida social as famílias participavam em festas, nas actividades religiosas e no controlo mútuo para a manutenção da moralidade social (Silva, 1995).

Ao longo do séc. XVIII, conhecimentos nas áreas da Filosofia e Medicina contribuíram para que a criança fosse encarada pela família de uma nova forma que a colocava no centro dos cuidados familiares, o que potenciou a valorização do papel da mulher como mãe e educadora. Este aspecto contribuiu para a procura de mais privacidade pela família e idealizou o papel feminino de mãe. O poder masculino na família manteve-se. Contudo, o homem passou a considerar a mulher como a companheira que educa os seus filhos.

A Revolução Industrial, iniciada em Inglaterra, gerou um grande movimento das populações, especialmente da mais jovem, do espaço rural para o urbano. Nas cidades, acederam a trabalho nas fábricas ou, no caso das mulheres, a trabalho doméstico, menos duro que as tarefas agrícolas.

Estas condições permitiram a saída da casa da família e usufruir da maior liberdade vivida nas cidades e de um salário, o que permitiu aos jovens começarem a decidir por si o seu futuro, não estando já dependentes da existência de condições materiais concedidas pela família de origem para que se pudessem casar. Os jovens estabeleciam livremente relações afectivas e podiam viver juntos colaborando entre si com os seus salários no sentido de obterem economias que lhes permitissem mais tarde casar. Apesar da possibilidade de emprego para homens e mulheres nas cidades, mantiveram-se desigualdades entre os trabalhadores dos dois sexos. O salário das mulheres era mais baixo que o dos homens e elas estavam mais sujeitas a períodos de desemprego. As mulheres casadas tinham dificuldade em conciliar longas horas de trabalho fora de casa com as responsabilidades familiares e domésticas que lhes continuavam a ser atribuídas (Silva, 1995).

Com a industrialização de produtos até então manufacturados, a família foi perdendo a sua função de produção económica de auto-subsistência e passou a ser consumidora. Este aspecto estabeleceu uma clara divisão entre casa e trabalho e alterou o papel dos pais na aprendizagem dos filhos preparando-os para a vida laboral. Progressivamente a família começou a partilhar com outras estruturas sociais, sobretudo com as escolas, algumas das suas funções, tais como, a educação das crianças (Segalen, 1992; Silva, 1995).

A família ficou mais liberta para se dedicar à socialização e promoção da autonomia das crianças, ao suporte emocional dos adultos considerado essencial ao desenvolvimento e bem-estar dos elementos da família, continuando a exercer a sua função reprodutiva (Michel, 1983; Silva, 1995).

Progressivamente, a família tornou-se um local de afecto, na intimidade das relações entre o casal e os seus filhos.

Nas aldeias, a mecanização dos trabalhos agrícolas relegou as mulheres para um plano secundário ao nível da complementaridade laboral. O seu trabalho era desempenhado em casa e com os filhos e o homem manteve o desempenho laboral a um nível mais social. O estatuto da mulher resultava do seu desempenho como dona de casa e do “governo” do dinheiro da família, pelo que o sucesso destas tarefas eram importantes para o bem-estar familiar. Geria, tratava da casa e dos animais, cultivava o terreno integrado no local da residência. Em alguns casos contribuía, ainda, para o

orçamento familiar através da realização de outros trabalhos em casa, principalmente, os de costura. O elemento masculino do casal ausentava-se para trabalhar e era à mulher que entregava o dinheiro ganho para que esta o gerisse e lhe fornecesse o necessário aos seus gastos. A dominação masculina manteve-se e a participação da mulher diminuiu (Segalen, 1999).

Na comunidade rural existiam também outros tipos de actividades económicas, como o comércio e o artesanato, onde a complementaridade laboral se manteve durante a era da industrialização com uma repartição do trabalho mais igualitária entre o casal, participando a mulher de forma mais independente na vida pública (Segalen, 1999).

As modificações sociais determinadas pela Revolução Industrial tiveram repercussões ao nível da constituição e funcionamento familiar, que Parsons (EUA, Anos 50) estudou a partir da família Americana (Michel, 1983).

A teoria de Parsons, postula que a família se inicia com os cônjuges, a partir do casamento, referindo o autor que “(...) *na nossa sociedade principal chave estrutural do parentesco (...)*”, o que a distingue do passado em que o casamento se inseria na família pré-existente (Michel, 1983, p. 80).

Os adultos começaram a escolher-se livre e mutuamente com base em laços afectivos e reforçavam os laços de parentesco entre si, distanciados do suporte emocional e financeiro das famílias de origem, acontecendo o casamento por amor e já não pelas alianças familiares (Michel, 1983; Saraceno, 1992).

A família passou a ser constituída pelo casal e pelos seus filhos, a viver em residência independente, por vezes em outra zona geográfica, isolando-se da família de origem. A família conjugal, segundo Parsons, seria a forma familiar ideal para responder às necessidades do mercado de trabalho. Uma família constituída pelo casal e seus filhos teria uma maior mobilidade no espaço geográfico do que a tradicional família alargada. Neste tipo de família os papéis tradicionais da família alargada da era pré-indústria, sofreram modificações mas continuaram a ser diferenciados com base no sexo. Ao homem cabia desempenhar um papel instrumental, isto é, o elemento activo a nível económico e responsável pelo sustento material da família, estabelecendo o elo de ligação entre a mesma e a sociedade. À mulher cabia um papel expressivo, sendo a responsável pela manutenção do lar e pelas crianças, papel reforçado e justificado pela teoria Psicanalítica que considera a mãe o elemento fundamental para o

desenvolvimento da afectividade da criança e da relação entre o progenitor e o filho. A aprendizagem destes papéis, socialmente construídos, passou a ser uma função central da família. As crianças eram socializadas pelos adultos através da transmissão de normas e de valores vigentes no grupo social. No seio desta estrutura familiar, aprendiam por identificação com os adultos de cada sexo, reproduzindo no desempenho social e familiar a diferenciação de papéis em função do sexo (Michel, 1983; Ramos, 1993; Silva, 1995).

1.2. Papéis sociais de género

Existe na sociedade da actualidade, ainda, uma relação de dualidade entre homem e mulher, transmitida explicitamente ou não, nas mensagens dos comportamentos. Este aspecto não se altera com decretos ou políticas, existindo uma surdez colectiva que mantém a “*valência diferencial dos sexos*”, diferença essa não biológica, construída pelas sociedades de todos os tempos e perpetuada nas representações sociais, nas reacções e nos comportamentos (Héritier, 1996).

A natureza é uma entidade universal. A observação da natureza visível, como a diferença biológica entre homens e mulheres, esteve presente desde sempre em todas as sociedades e foi orientadora do pensamento, tanto tradicional como científico, baseando-se nela para a sua construção. A oposição dos elementos da natureza, como o quente e o frio, serviram para fundamentar a oposição sexual das pessoas, tal como na natureza associavam-se em pares e de forma hierarquizada, homem/mulher, quente/frio, húmido/seco. O homem era o ser associado à força e era quente porque não perdia sangue como a mulher. Esta, todos os meses, o perdia pela menstruação, o que a tornava fraca e fria. A mulher tinha uma atitude passiva face à perda sanguínea, já o homem não só não o perdia com essa regularidade e passividade, como só o fazia a lutar ou a caçar e essas actividades eram voluntárias. A perda de substâncias corporais permitia a associação do controlável ao homem, pela perda voluntária de esperma, versus a associação do incontrolável à mulher, pela perda involuntária de sangue menstrual e hierarquizavam os sexos.. Aristóteles explicava deste modo a fragilidade feminina (Héritier, 1996).

Estes aspectos biológicos do sexo e da procriação, sustentaram a diferenciação entre homens e mulheres à escala universal e foi nessa diferença que se baseou a

construção social. A construção do social requeria o estabelecimento de regras que permitissem o seu funcionamento, tais como a proibição do incesto, a forma de união entre os sexos e a divisão do trabalho segundo o sexo, regras estas que foram permitidas pela diferença corporal entre os homens e as mulheres e são “*pilares fundadores da sociedade*” (Héritier, 1996).

Os actores sociais são dinâmicos e a evolução ao longo do tempo tem esbatido mas não eliminado a diferença vivida em sociedade por homens e mulheres. São aspectos culturais enraizados e facilmente transmitidos pela educação desde a fase mais precoce, pelo ambiente cultural e pela interacção da vida quotidiana, em mensagens e sinais implícitos ou explícitos, dificultando a eliminação da desigualdade entre os homens e mulheres (Héritier, 1996).

Em qualquer sociedade, ao longo do tempo histórico, mesmo na sociedade contemporânea, à mulher e ao homem são atribuídos papéis distintos, com reconhecimento social diferente e, só uma pequena parte da construção de papéis diferenciados sexualmente é biológica: a gravidez e a amamentação. A maior resistência física atribuída ao sexo masculino, não é evidenciada na diferenciação sexual do trabalho. Às mulheres sempre foram atribuídas numerosas tarefas que exigiam resistência física e que poderiam ser executadas por homens. As mulheres trabalhavam incessantemente ao longo do dia, executando as tarefas perto da casa e cuidando dos filhos. Os homens realizavam tarefas longe de casa, mas que não ocupavam todo o dia. A divisão do trabalho em qualquer sociedade, tradicional ou contemporânea, não tem justificação biológica, nem assenta em princípios de igualdade e seja qual for o teor das tarefas as desenvolvidas pelo homem são consideradas mais honrosas. O exercício da autoridade, o âmbito das decisões e do controlo não requerem força física e são tarefas de homens, tarefas socialmente superiores (Segalen, 1992).

Fiske (2002) salienta que o mito, entendido segundo Barthes como “*a maneira de dada cultura pensar sobre algo, uma forma de o conceptualizar e de o compreender*”, tem um objectivo social e político e representa um modo de naturalização de áreas sociais produzidos por uma classe dominante (p.121).

O mesmo autor refere que diversos mitos produzidos (sobre a morte, a vida, o masculino e o feminino) transportam associados significações, como o da diferença de género. A naturalização da mulher como ser mais delicado e dedicado, introduz o

conceito associado ao mito criado de que ela é o ser ideal para cuidar dos filhos e do marido e naturalmente ele deverá ser o provedor das necessidades materiais. A naturalização da diferença de género e os papéis associados serviram de base à organização da família.

A organização social global tem como princípio a diferenciação sexual, pois a existência de dois sexos é natural e comum à humanidade, e foi sobre essa base de diferenciação que a família se formou e se organizou. O sexo dos elementos constituintes da família vai determinar, através da interacção familiar, o seu destino familiar e social. Os valores, as competências, a divisão do trabalho são transmitidos com base nos sexos, pela família (Saraceno, 1992).

“Para Linton e Znaniecki, o conceito de papel está ligado não somente à posição do indivíduo no grupo e na sociedade, mas também aos modelos culturais e aos sistemas de valores” (Michel, 1983, p.136).

O papel consiste num conjunto de condutas específicas e esperadas de cada indivíduo, na família e na sociedade, determinadas pelo sexo biológico. O papel de cada indivíduo tem uma estreita ligação com a sua condição (status), já que é a partir do cumprimento dos diversos papéis que cada indivíduo desempenha que é construída a identidade social como homem ou como mulher (Segalen, 1992).

Na sociedade Industrial a condição (status) de cada indivíduo é definida profissionalmente, pelo que ganha e pelo tipo de vida que tem. No casamento o papel e a condição estão em estreita articulação. Assim são determinados os lugares de homens e mulheres na sociedade e na família, onde são hierarquizados de acordo com a sua condição (Segalen, 1992).

O conceito de género foi utilizado pelas feministas como forma de referirem a divisão sexual subjacente à organização social, dissociando-se do determinismo biológico (Dourado, 1998).

A evolução dos papéis de género tem sido visível. O trabalho doméstico valorizado noutros tempos já não o é na actualidade de uma sociedade orientada para a produtividade. Até à Revolução Industrial, a mulher desenvolvia o trabalho de forma complementar ao do homem e era valorizada por ser activa e boa administradora dos recursos familiares, e não pelo seu papel de mãe. Na era pós-industrial, tanto na sociedade aldeã como na cidadina, surgiu uma nova organização decorrente da

separação entre o espaço familiar e o laboral. A divisão de papéis entre os sexos reforçou-se em consequência dessa cisão espacial e exigiu mais trabalho à mulher. A mulher trabalhava para a casa e para a família, à qual devia dar apoio emocional e, fora desse contexto, trabalhava nas unidades industriais de produção ou em serviços, tendo dificuldade em conciliar o exercício laboral e a vida familiar. Esta situação da mulher trabalhadora contrastava com a da mulher burguesa, sublimada no papel maternal, dedicada à casa e aos filhos com a colaboração de amas e criadas, podendo por isso dedicar-se ao lado mundano da vida que contribuía para a ascensão do estatuto social da família, o qual era importante para a posição profissional do marido. Estas diferenças e o caos familiar em que as mulheres trabalhadoras mergulharam por falta de condições entre a conciliação laboral e familiar, fez com que a mulher casada se desligasse progressivamente do mercado de trabalho, para se dedicar ao lar. A maioria das mulheres que trabalhavam eram jovens e solteiras. Foi a época em que a diferenciação de papéis de género atingiu o seu auge. O marido a representar o papel social da família e distanciado do papel de pai com identidade profissional, que ensinava uma profissão aos filhos do sexo masculino e que passa a estar mais ausente do espaço doméstico a trabalhar ou em espaço de lazer, na pesca ou no café, e a esposa o de cuidadora do lar e dos filhos, que nela encontram uma referência (Segalen, 1992).

É neste contexto sócio-laboral que surge a teoria Parsoniana, sobre a família. Os papéis de género que a caracterizam significavam para Parsons as normas, valores e funções que cada homem e mulher deveriam aprender e desempenhar na família e na sociedade. O homem desempenhava no casal o papel social, espaço onde auferia o provento para a família e enriquecia o seu estatuto pessoal, do qual a família, a partir do seu líder, poderia usufruir. Na família cabia-lhe ainda o dever de exercer a autoridade. A mulher tinha a responsabilidade da harmonia familiar e o seu universo de satisfação e de desenvolvimento pessoal estava limitado ao espaço doméstico e no espaço social, ao trabalho comunitário e de voluntariado. Assim, segundo Parsons, não existiria o perigo de desarmonia familiar por competitividade laboral entre o casal (Michel, 1983).

Os papéis de género na família têm sido estudados pelos sociólogos da família, devido à grande importância que Parsons lhes atribuiu (Michel, 1983).

Michel (1983), refere no livro *Sociologia da família e do casamento*, que diversos sociólogos franceses e norte americanos (Slater; Murray Strauss; Sally Kotlar) estudaram a eventual incompatibilidade, defendida por Parsons, entre os papéis de

género, papel instrumental atribuído ao homem e papel expressivo atribuído à mulher, e a repercussão dessa diferenciação de papéis na felicidade do casal. Verificaram não existir qualquer incompatibilidade e que a felicidade não estava relacionada com essa diferenciação. Na mesma obra refere ainda o autor que Irving Tallman; Gary Miller em França e nos EUA, e R. Hill; M Stycos; K. Back em Porto Rico desenvolveram inquéritos que lhes permitiram concluir a propósito do planeamento familiar, que em todas as classes sociais, a repartição igualitária de papéis era um factor fundamental para que a prática de planeamento familiar fosse bem sucedida.

Nas últimas décadas, apesar das muitas mudanças no sentido de mais igualdade entre homens e mulheres, ainda permanecem nas mentalidades, no ambiente cultural e familiar muitas dificuldades em dissociar as pessoas do seu papel reprodutivo. A difusão de novos valores, de diferentes comportamentos e as leis que decretam a igualdade, não alteraram ainda a realidade vivida, já que esta não revela completamente essa tomada de consciência (Silva, 1995).

O trabalho feminino não é um fenómeno do nosso tempo. A mulher foi ao longo da história trabalhadora, tal como o homem, a diferença era no tipo de trabalho desenvolvido e no local de actividade. Nas aldeias e nas cidades o espaço e o trabalho foram diferentes para homens e mulheres, mas coexistiram. Já o trabalho no espaço doméstico não era partilhado. As mulheres eram as responsáveis pela dimensão do espaço da casa, alimentação, roupas, os cuidados aos filhos e aos mais velhos. Os homens desenvolviam somente o trabalho fora do mesmo. O espaço masculino de encontro e lazer era o café, fora do espaço feminino que era a casa (Segalen, 1992).

Se parece ter existido maior evolução da igualdade da mulher no terreno social, com maior possibilidade de aceder à educação, formação e a profissões tradicionalmente masculinas, a evolução no terreno familiar parece ter resistido mais a evoluir no sentido da partilha de responsabilidades e tarefas no espaço do lar.

A rede de apoio fora de casa, constituída por familiares, vizinhos e amigos é segundo Segalen (1992) citando Elizabeth Bott determinante para a existência de hierarquização entre marido e mulher e divisão de tarefas por sexo. Quanto maior e densa for essa rede, maior é a desigualdade entre o casal sustentada pela pressão social do reconhecimento e cumprimento das normas e, pela possibilidade de ser encontrado

apoio por cada um dos cônjuges nessa rede de relações em vez de o procurarem um no outro.

São diversos e complexos os factores que propiciaram uma evolução dos papéis de género no sentido de mais igualdade. Factores culturais, factores sociais, contextos económicos e condições de trabalho estão todos em relação, sem que um se sobreponha aos outros, mas algumas mudanças foram favorecedoras de uma aproximação mais igualitária do casal (Segalen, 1992).

Segundo a mesma autora, a partilha de papéis mais igualitária tem três factores distintos na sua origem, que passamos a apresentar.

A alteração da arquitectura interior da casa, com divisões para fins específicos até ali não existentes, proporcionou privacidade aos elementos da família entre si. A falta de divisão arquitectónica fazia com que a casa fosse um espaço feminino, o que provocava no homem a necessidade de procura do espaço masculino, no café com outros homens, após o dia de trabalho. Com a electricidade e a evolução tecnológica, o casal passou a poder usufruir de tempos de lazer em casa, em conjunto e com os filhos, ouvindo a rádio, vendo televisão. A casa deixou de ser só lugar de refeições e de repouso nocturno e passou a ter uma dimensão de convívio e lazer. O homem pôde então usufruir de forma diferente e por mais tempo do espaço doméstico e começou a melhorá-lo, investindo no edifício e em electrodomésticos, contribuindo para a melhoria das condições de vida da família.

Outro factor foi o regresso da mulher ao mercado de trabalho, a partir de 1962, mas de forma massiva entre 1968 e 1975. Este regresso foi facilitado pelo acesso a meios anticoncepcionais mais eficazes e, com menos filhos e possibilidade de os planear, era-lhe mais fácil trabalhar fora de casa. A mulher deixou de ser valorizada só pelo seu papel maternal e começou a ser valorizada pelo seu papel de mulher – trabalhadora, que contribuía economicamente para o grupo familiar, permitindo mais e melhores condições de educação e de formação aos filhos. Surgiu assim a necessidade de reorganização de papéis entre o casal.

Um último factor foi a alteração rápida da mentalidade relativa ao trabalho feminino, se bem que não reconhecendo à mulher a mesma oportunidade profissional como ao homem, pois continuou a ser-lhe atribuído o papel de mãe que a responsabilizava pelos cuidados aos filhos, e de dona de casa responsável pela sua

manutenção em prol do bem-estar familiar. Manteve-se a dominação do modelo assimétrico entre homens e mulheres, na sociedade e na família.

As mudanças ao nível da família e da sociedade são lentas, mas têm acontecido, assim como as relativas aos papéis tradicionais de género, dificultadoras da realização e satisfação pessoal. Ao homem a satisfação de necessidades afectivas como por exemplo a expressão de sentimentos e de emoções, a vivência plena da paternidade. À mulher a dificuldade em participar na vida social desenvolvendo-se como pessoa e cidadã de pleno direito, pelo destino social que lhe traçaram para o casamento confinando-a à casa e aos papéis de esposa e mãe (Silva, 1995).

O trabalho profissional feminino tem sido um factor impulsionador da motivação para a repartição de tarefas no seio da família e relacionadas com a casa e decisões de modo mais igualitário entre os cônjuges (Michel, 1983).

Dados de estudos realizados no âmbito da satisfação conjugal em França e na Bélgica permitiram verificar que a satisfação das mulheres no casamento era menor quando no casal existia segregação de tarefas e decisões segundo o sexo e que a repartição igualitária desses aspectos proporciona à mulher uma maior satisfação com o casamento. Os mesmos resultados foram obtidos nos Estados Unidos. Estes estudos permitiram ainda identificar que a comunicação no casal é o factor de satisfação conjugal mais decisivo e verificar que a comunicação recíproca é favorecida nos casais com repartição igualitária de tarefas e de decisões (Michel, 1983).

A educação na família, a escola e os *mass media* têm contribuído para sustentar a diferenciação do homem e mulher como natural e baseada no sexo biológico, se bem que a evolução tem sido no sentido do esbatimento da mesma. Os rapazes são educados para a competitividade, para serem fortes e as meninas para serem sedutoras e frágeis; o cor-de-rosa é cor de menina e o azul é cor de menino; na creche, no jardim-de-infância e na escola, as crianças são cuidadas e educadas mais por pessoas do sexo feminino do que do sexo masculino e têm manuais escolares onde se perpetua a diferença de papel social entre os sexos. No desempenho escolar, a exigência enforma de modo mais explícito o do menino. As mensagens publicitárias, outra forma de difusão dessa diferenciação, e as deficientes políticas na área da família parecem ser uma dificuldade de reconhecimento e de desejo social para o caminho da efectiva igualdade entre homens e mulheres (Silva, 1995).

As mulheres devem ser dóceis e subordinadas. Ao homem continua a ser atribuído o papel social de ser independente e dominante (Matos & Gonçalves, 1999 cit Lloyd, Rosen & Smith).

A sociedade Portuguesa viveu durante muitos anos, até poucas décadas atrás, imersa na diferenciação entre homens e mulheres e, foi nesse contexto social que muitos adultos de hoje foram socializados, os quais por sua vez socializaram os mais novos que, um dia no futuro próximo, socializarão outros, num ciclo ininterrupto, em que as ideias não se traduzem completamente na prática da vida real. A igualdade entre homens e mulheres se bem que atenuada e pretendida ainda não é paritária nas diversas dimensões da vida social.

A comunidade internacional, através de instituições como a ONU e o Conselho da Europa, tem desenvolvido um trabalho político no sentido do reconhecimento igualitário entre os sexos conducente à construção de uma mentalidade imbuída dessa igualdade evidenciada na prática e não só, como acontece ainda, no plano jurídico. Em Portugal esse estatuto jurídico existe, mas *“no quotidiano da vida familiar e social, é o costume que faz lei; e o costume, os hábitos, só lentamente seguem a evolução que se passa fora do lar.”* Esta lenta evolução de mentalidade, torna ainda possível que na família os direitos fundamentais não estejam totalmente integrados nas atitudes e comportamentos, com o poder ainda centrado no masculino e que se impõe à fragilidade do feminino (Silva, 1995, p.85-86).

1.3. O movimento Feminista

A mulher não foi sempre considerada cidadã e teve vedada durante muito tempo a participação na vida pública, quer no acesso ao trabalho remunerado e à educação, quer no direito à opinião e à participação. É verdade que também nem todos os homens tiveram esses direitos durante os diversos períodos da História. Foram direitos durante muito tempo reservados à classe social dominante, mas no que se refere às mulheres, a situação prolongou-se durante muito mais tempo pelo facto de serem do sexo feminino, numa sociedade patriarcal e foram as lutas das mulheres que permitiram a conquista de direitos até então reservados aos homens.

Desenhava-se já, desde o séc. XVIII, um movimento feminista, protagonizado por mulheres em França e Inglaterra, e determinado na luta pelo direito à igualdade de

género, denunciando a sociedade patriarcal que considerava as capacidades e o trabalho da mulher inferiores às do homem (Silva, 1995; Ballarín, *s/d*).

No final do séc. XVIII os Estados Unidos da América e a França declararam e reconheceram cada indivíduo como cidadão, com direitos cívicos e políticos, excluindo as mulheres. Apesar destas terem lutado, tal como os homens, durante os períodos da Revolução Francesa e da colonização da América, não tiveram os seus direitos reconhecidos. Em alguns Estados Americanos o interesse pela colonização do país tinha permitido às mulheres, durante algum tempo, o direito ao voto e à participação activa no espaço social, a propriedade de terras e de comércio e o acesso à educação escolar. Em 1791 Olimpe Gouges apresentou em França a “*Declaração dos Direitos da mulher e da Cidadã*” que nunca viu aceite pois foi condenada à morte. No final do séc. XVIII, em 1792, em Inglaterra, foi publicado o primeiro documento escrito feminista da autoria de Mary Wollstonecraft, denunciando a dominação masculina e os hábitos de socialização como impeditivos da expansão das capacidades femininas e apelando à necessidade de mudança nas assimetrias entre homens e mulheres e à possibilidade da mulher, enquanto pessoa, poder contribuir para a mudança. A sociedade fortemente dominada por homens dificultava as mudanças reivindicadas pelas mulheres no sentido de obter direitos iguais aos dos homens, mas a determinação das mulheres não esmoreceu e no séc. XIX as mulheres começaram a organizar-se em movimentos pela causa feminina de direitos iguais ao nível político, concretizado no apelo ao direito de voto e de acesso à educação, ambos interditados às mulheres, mas possibilitados aos homens (Silva, 1995; Ballarín, *s.d.*).

As lutas foram difíceis e as conquistas conheceram avanços e recuos, numa sociedade fortemente patriarcal, que reforçava a idealização da mulher-mãe e dona de casa, subordinada ao marido de quem economicamente dependia.

No séc. XIX, os povos já percepcionavam a opressão das mulheres numa sociedade dominada pelos homens. Os grupos de mulheres em luta pelo direito à igualdade e a melhores condições no trabalho, no acesso à educação, na família, no casamento e nas decisões sobre si próprias que incluíam o direito ao divórcio, eram cada vez mais numerosos e utilizavam na divulgação da sua luta o recurso a jornais realizados por mulheres. Foi em meados desse século que a determinação feminina pela conquista de direitos iguais produziu os primeiros resultados com a declaração da Convenção dos

Direitos da Mulher em 1848 em Seneca Falls, Nova Iorque, proclamando a igualdade de direitos e o direito ao voto.

Nos países Europeus só em meados do séc. XIX é que as mulheres tiveram acesso a escolas e colégios exclusivamente femininos e o ensino superior só começou a admiti-las em finais do mesmo século.

Conhecido ficou o movimento das Sufragistas que lutaram pela conquista ao direito de voto, entre o fim do séc. XIX e o início do séc. XX, tendo esse direito sido concedido em diferentes datas nos diversos países da Europa. Esta reivindicação permitiria à mulher o acesso ao espaço público, monopólio do homem, introduzindo por isso instabilidade na ordem social da época, o que fez com que as sufragistas fossem consideradas uma ameaça à família e a conquista desejada só fosse conseguida vários anos depois. A Finlândia foi o primeiro país a reconhecê-lo formalmente em 1906, a Inglaterra em 1928 e a França só em 1945 (Ballarín, *s.d.*).

Foi nos anos sessenta do séc. XX que o movimento feminino ressurgiu, depois da conquista do direito ao voto, pelo direito das mulheres à conciliação do emprego remunerado com a vida familiar e pela luta contra a diferenciação de papéis sociais baseados exclusivamente no sexo chamando a atenção para a opressão no casamento e na família, em suma pela igualdade de direitos com os homens que a legislação da igualdade não estava a permitir. O mal-estar das mulheres da época foi denunciado por Simone de Beauvoir no seu livro “*O Segundo Sexo*” publicado em 1949 e por Betty Friedan nos Estados Unidos em 1963 no livro “*A Mística da Feminilidade*”. As feministas organizadas em movimentos de mulheres aliaram-se a partidos políticos e recorreram à imprensa para a divulgação e exigência das suas pretensões no âmbito dos direitos e da igualdade social, conseguindo a formação de uma rede de luta internacional, que viria a dar frutos de forma geograficamente mais alargada na década de setenta (Ballarín, *s.d.*).

Na segunda metade do séc. XX era já grande o número de mulheres, com ou sem filhos, que participavam no mercado de trabalho e nessa altura o facto não se devia exclusivamente à necessidade de mão-de-obra ou de incremento do orçamento familiar mas sobretudo a uma nova geração de mulheres com um nível de estudos mais elevado.

Com a luta do movimento feminista pelos direitos das mulheres foi-lhes facilitado o acesso a métodos de contraceção seguros e ao trabalho remunerado. Estas novas

condições permitiram às mulheres um número de filhos menor que lhes facilitou um emprego fora de casa. O acréscimo monetário no orçamento das famílias que daí adveio, permitiu o estudo dos filhos durante mais tempo, factor considerado essencial para as novas gerações incrementarem o seu nível de vida (Silva, 1995).

Com a possibilidade da mulher desenvolver durante mais tempo os estudos, a sua entrada no mercado de trabalho, a par de movimentações e políticas sociais para promoção dos direitos humanos, como a liberdade individual e igualdade de género e de oportunidades, impulsionaram mudanças ao nível da estrutura e na funcionalidade familiar. A mulher começou a ter qualificação académica equiparada às dos homens, a ter um emprego ou uma carreira profissional, que a afastava de casa diariamente tanto tempo como o homem e a auferir um ordenado que a tornava economicamente autónoma e igualmente provedora das necessidades materiais familiares.

Em Portugal desde o início do século que algumas mulheres Portuguesas com um nível de instrução mais elevado tinham conhecimentos e iam começando a manifestar o mal-estar da condição feminina. Até à primeira metade deste século o marido era legalmente investido do poder de castigar fisicamente a mulher. Até 1974 o *Código Penal* conferia atenuante no homicídio praticado por um homem sobre a sua mulher, se o motivo fosse a existência de um amante. A atenuante de homicídio no caso da mulher sobre o marido era só aplicada se o marido a tivesse obrigado à coabitação com a sua amante. No fim do séc. XIX, a mulher estava ainda em posição subalterna em relação ao homem, que sobre ela tinha o poder de decisão por ser considerada incapaz e mera produtora de filhos. Apesar da mentalidade vigente em 1889, em Portugal, licenciou-se em Medicina, Elisa Augusta da Conceição Andrade, a primeira mulher portuguesa a consegui-lo. As mulheres não frequentavam a escola, só uma pequena minoria conseguia aceder à instrução, mas estas mulheres foram importantes na luta pela conquista de direitos de igualdade, de que todas acabariam por usufruir (Silva, 1995).

Segundo esta autora, no início do séc. XX, destacaram-se na sociedade mulheres que fizeram a diferença e chamaram a atenção para a condição feminina e para o direito à igualdade, mas eram poucas, relativamente ao que se passava em França e Inglaterra. Ana Castro Osório publicou em 1905 um manifesto “*Às Mulheres Portuguesas*” que reivindicava o direito da mulher à educação, ao trabalho, à autonomia. Em 1911, Carolina Micaelis foi nomeada para uma Cátedra universitária e no mesmo ano votou pela primeira vez em Portugal uma mulher. Votou, graças a uma lei ambígua que

permitia o voto a maiores de 21 anos, que soubessem ler e escrever e fossem chefes de família, condições reunidas por Carolina Ângelo. Esta atitude não foi pacífica na aceitação pois além da tentativa de a impedirem, provocou uma alteração à lei em 1913 com a explicitação de que só poderiam votar homens, situação que até 1931 se manteve, alterando-se nesse ano só para as mulheres que tivessem um curso superior ou secundário, enquanto os homens só precisavam de saber ler e escrever. Em 1968, deu-se uma nova alteração e todas as mulheres puderam exercer o seu direito ao voto mas, só para as Juntas de freguesia, o que se manteve até 1974, ano em que foi finalmente concedido à mulher o direito de voto sem restrições.

Nesses anos da primeira metade do séc. XX, tal como noutros países, as mulheres foram-se organizando em movimentos feministas: A Liga Republicana das Mulheres Portuguesas entre 1909 e 1918; o Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas que existiu entre 1914 e 1947, altura em que foi encerrado pelo Regime de Salazar, tendo-se contudo mantido a funcionar pela luta feminina na clandestinidade até 1974 (Rebelo, 1998).

Em 1967, a Constituição Política do Estado Novo considerava os homens iguais e diferentes as mulheres pela sua diferente natureza e pelo bem da família. A mulher em Portugal ainda era legalmente dependente do marido, que era o chefe de família e decisor da vida conjugal. A celebração da Concordata entre o Estado Novo e o Vaticano provocou o retrocesso legal no direito ao divórcio, possível em igualdade de direitos desde 1910, ficando o mesmo reservado só para os casais que não fossem casados pela Igreja Católica, os quais eram um reduzido número (Silva, 1995).

Em 1968, a mulher viu a igualdade dos sexos consagrada na lei, mas o marido continuava a ter poderes sobre a vida da mulher como por exemplo, o direito de abrir a sua correspondência. O direito da mulher ao voto estava ainda restringido à eleição para a Junta de Freguesia (Silva, 1995).

Só com o 25 de Abril de 1974 é que os poderes do marido sobre a esposa foram legalmente abolidos e o direito ao voto sem restrições foi conquistado, abrindo-se a época da evolução na igualdade de direitos devidamente legislada na Constituição de 1976 (Rebelo, 1998).

As mudanças sociais e políticas que permitiram à mulher a participação no espaço público demoraram a ser uma realidade pelo menos um século e meio.

Muitas conquistas importantes aconteceram na prática quotidiana pelas mulheres, como a contraceção que lhe permite o controlo do seu corpo e o número de filhos desejados e planeados, condição importante pois foi esta função biológica que durante tantos séculos foi a base da sua diferença cívica e social, e a possibilidade plena de desenvolver as suas capacidades e tomar as rédeas da sua vida. Contudo ainda não foram suficientes para a obtenção da plena igualdade de direitos. Não do direito legislado, mas do seu reconhecimento, manifesto nas atitudes e nos comportamentos da vida quotidiana.

Apesar da emancipação económica feminina, da redefinição do seu papel na sociedade, muitas mulheres continuam a ser as guardiãs da família e as maiores responsáveis pelas tarefas domésticas, com número de horas de trabalho diário após o horário laboral superior ao dos homens (INE, 2002a).

As mulheres estão ainda sobrecarregadas no trabalho doméstico, familiar e profissional, sem estruturas de apoio à família, idosos e crianças e sem tempo para uma maior participação na vida cívica e política (Palla, 1998).

Ainda hoje as mulheres são alvo de violação dos seus direitos como pessoas, como mulheres e cidadãs, em Portugal como no resto do mundo, ao longo do ciclo de vida, sendo real o risco desde a infância.

Ramos (2004) baseando-se em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativos ao ano de 2002, salienta a diferença entre as crianças abusadas do sexo feminino e do sexo masculino. As meninas estão mais sujeitas à negligência, ao infanticídio e ao abuso sexual e prostituição forçada, enquanto os meninos sofrem mais violência física. Relativamente ao abuso sexual a que os dois sexos estão sujeitos em termos de risco, as meninas sexualmente abusadas nesse ano foram (20%) das crianças do mesmo sexo, situando-se esse valor para os meninos entre os 5 e os 10%.

A violência doméstica é um fenómeno paradigmático de desigualdade na família e na sociedade. A diferença masculino/feminino está ainda enraizada e com o poder centrado no primeiro. Muitos fenómenos sociais são exemplo da manutenção de comportamentos não igualitários entre homens e mulheres, como a persistência da diferença de ordenados entre homens e mulheres na mesma função, com ordenados mais baixos para elas; o facto de na prática profissional não ser visível a correspondência entre preparação académica e cargos ocupados pelas mulheres; o facto

do desemprego atingir maior número de mulheres do que homens; a questão das quotas para mulheres na actividade e decisões políticas, nas quais a participação das mulheres é recheada de dificuldades inerentes ao tradicional poder masculino, a um exercício de poder, com o qual não se identifica e que é condescendente, não igualitário (Horta, 1998; Roseta, 1998).

1. 4. A família e a mulher na actualidade

Os sociólogos modernos e diversos estudos empíricos realizados nos Estados Unidos e Europa têm contestado a teoria de Parsons sobre a família. A sociologia da actualidade apresenta uma nova perspectiva do sistema social.

À luz da teoria do sistema social moderno a família “ (...) *poderia ser considerada como um sistema social cuja viabilidade está ligada às características seguintes: abertura interior e exterior, capacidade morfogénica, quer dizer, aptidão para criar novas estruturas, para se adaptar a novas situações, organização e regulação da conduta baseadas na prioridade sobre a comunicação e a informação, (...). É claro que se uma tal perspectiva fosse adoptada, perturbaria uma certa concepção estática do grupo familiar que está ainda na base da sociologia da família, em particular quando faz da diferenciação rígida de papéis masculinos e femininos um preliminar da viabilidade do grupo familiar.*” (Michel, 1983, p.82-83).

A teoria do sistema social moderno distancia-se do modelo orgânico tendente para a homeostasia permitida pela diferenciação rígida de papéis feminino e masculino defendida por Parsons, e a realidade social quotidiana, nomeadamente a dos casais mais jovens, demonstra esse distanciamento (Michel, 1983).

A partir dos anos 50, a necessidade de mão-de-obra no mercado de trabalho motivada pelo período de guerra, foi a oportunidade de as mulheres participarem em maior número no mercado de trabalho, símbolo da recusa do seu único papel de esposa e de mãe, confinado ao lar e dedicado à família (Silva, 1995).

O amor romântico passou a ser o motivo para contrair casamento, que por isso deixou de ser influenciado, pelo menos de forma directa, pelos pais e possível pela autonomia dos indivíduos relativamente à família. O casal autonomizado da restante família em termos de espaço, economia e afectividade tem maior capacidade para

desenvolver o seu espaço e a sua relação baseada em amor e intimidade (Segalen, 1992; Saraceno, 1992).

Nas últimas décadas, de forma acentuada a partir da década de 60-70, foram várias as transformações verificadas a nível sociopolítico que introduziram mudanças consideráveis na família. O aumento contínuo da participação e intervenção feminina na vida social e laboral, alterou a relação entre os sexos e os papéis de género também na família, cuja estrutura e dimensão se modificou, assim como fez emergir novas configurações familiares.

A nova perspectiva sociológica da família acaba por ser legitimada por grande número de jovens casais dos países ocidentais, pela prática do quotidiano mas especialmente pelo “*governo Sueco da época*” ao propor a abolição dos papéis tradicionais de género na família, postulando o emprego remunerado não só como um direito de todos, mas também como um componente da qualidade de vida, pelo que a partilha das responsabilidades familiares entre o casal seria fundamental. Um leque de medidas legais foi implementado para fomentar entre os casais a abolição dos papéis de género e para preparar a realidade futura. Por exemplo, foi oferecida a possibilidade de os cônjuges partilharem a baixa após o nascimento de um filho. Foi implementada a educação igualitária entre os sexos na escola e aplicadas medidas de estímulo ao emprego de mulheres em profissões tradicionalmente masculinas (Michel, 1983).

Em Portugal, a introdução destas mudanças iniciou-se mais tarde, mas foram inevitáveis e rápidas.

O estudo “*Mulheres e Homens em Portugal nos anos 90*” realizado pelo INE (2002a), fornece-nos dados que permitem compreender melhor os factores que originaram essas transformações e o alcance social das mesmas nessa década. Um desses factores foi o acesso de um maior número de mulheres a níveis mais altos de ensino. No início dos anos 90 as mulheres eram a grande parte dos que em Portugal não sabiam ler nem escrever, (60%). A maioria da população Portuguesa entre 1992 e 1999 tinha como nível de instrução o ensino básico completo. No ano lectivo 1996/1997 matricularam-se no ensino secundário mais raparigas que rapazes, sendo a taxa de participação claramente maior. No mesmo ano lectivo foram atribuídos a mulheres 27.304 diplomas de ensino superior (considerando licenciatura, bacharelato, estudos superiores especializados, mestrado, pós-licenciatura e doutoramento) e 15.492 a

homens. Em 1999 as mulheres com o nível de ensino superior (politécnico, licenciatura, mestrado e doutoramento) eram 6,1% e os homens 4,9%.

Em Portugal no ano de 1995 e conforme dados da Comissão Europeia, 30% dos jovens de 16 anos não frequentavam a escola e em 2003 o abandono escolar precoce em Portugal situou-se em 48% (Ramos, 2004).

Do maior investimento na vida académica por um número mais significativo de jovens, resulta também a mais tardia saída da casa dos pais. O mesmo estudo aponta que para as mulheres a idade mediana de saída da casa dos pais passou de 21,3 anos na faixa etária dos 45-49 anos para 22,7 anos na faixa etária dos 25-29 anos e para os homens das mesmas faixas etárias, respectivamente de 23,6 anos para 28,5 anos.

Dados do INE (2002b) relativos à *nupcialidade em Portugal* revelam que a idade do casamento tem vindo a subir desde a década de 90. Em 1992, a idade do casamento situava-se entre os 20 e os 24 anos e à altura do estudo, ano de 2001, estava entre os 25 e os 29 anos, demonstrando segundo o mesmo instituto, a opção pelo favorecimento da vida académica e profissional antes do casamento. Verificou-se pelo mesmo estudo ainda o retardar da vida conjugal legalmente assumida pelos mais jovens, revelada pelo facto de que no mesmo ano 16,4% dos nubentes viviam em comum antes do casamento. Dados do mesmo estudo revelam que nos anos 2000 e 2001 o número de casamentos totais decresceu, verificando-se relativamente à forma de celebração, uma diminuição dos casamentos católicos e um aumento dos casamentos civis, tendência esta verificada desde os anos noventa. Os *indicadores estatísticos gerais da população e condições sociais* do INE (2006b), sobre a evolução dos casamentos entre 2003 e 2005 revelam que a tendência decrescente se manteve no número total de casamentos, realidade verificada desde a década de setenta. Quanto à forma de celebração, a católica ainda é a mais expressiva, mas em contínuo decréscimo, inversamente à celebração civil. Segundo as mesmas estatísticas, no período de 1960-1969 os casamentos católicos eram 88,8% e só 11,2% eram casamentos civis, tendência que começou a inverter-se também a partir da década de setenta. Estas tendências são as que se verificam na actualidade. De 1992 a 2001 a taxa de nupcialidade em Portugal baixou 23,7%. Na década de noventa os casamentos católicos eram 69,3% e os civis eram 30,7%; passando a ser no ano 2005, respectivamente 55,08% e 44,9% (INE, 2002b; 2006b).

A constituição da família inicia-se cada vez mais em idades mais tardias, o casamento legal deixou de ser a única forma de formar uma família e as uniões já não se estabelecem só, baseadas na diferenciação sexual, formam-se casais heterossexuais e homossexuais (Silva, 1995; Relvas, 1996).

Na actualidade, o amor e a satisfação pessoal individual e em família parecem ser um objectivo que favoreceu a alteração da formação familiar, da sua estrutura e dimensão.

A actividade sexual e a fecundidade dissociaram-se do casamento, contrariando a norma de outrora. A prática sexual faz parte da aprendizagem dos jovens e acontece antes do casamento. O acesso facilitado à contracepção segura veio permitir à mulher dispor do seu corpo de forma diferente e decidir o melhor momento para a maternidade. Segundo o estudo do INE (2002a) na década de noventa diminuiu a idade da primeira relação sexual assim com a idade da primeira utilização de contraceptivo.

O casal escolhe o número de filhos e a altura do seu nascimento, desejando-os e planeando as melhores condições de vida para os educar. A maternidade tem vindo a ser adiada para idades mais tardias, segundo dados do INE (2004) desde 2000 a 2003 inclusive, a percentagem de mulheres Portuguesas que tiveram filhos antes dos trinta anos passou de 60,2% para 55,2% e, entre os 30 e 39 anos passou de 37,7% para 42,2% respectivamente.

A dimensão das famílias relativamente ao número de filhos tem vindo a diminuir. Na década de oitenta o número médio de crianças por mulher era de 2,1 e em 1997 situava-se em 1,46 número próximo ao da média da União Europeia (EU) apontado pelo Eurostat (INE, 1999). Portugal em 2004 tinha um índice de fertilidade de 1,5, uma das mais baixas da Europa, depois da Espanha e Grécia, contrariamente à dos países nórdicos (Ramos, 2005).

Os filhos podem nascer de uniões livres em que os progenitores podem ou não viver em comum. Comparando dados estatísticos do INE dos anos de 2004 e de 2006a, o nascimento de filhos “*fora do casamento*”, com coabitação dos pais, passou de 21,5% do total de nados-vivos em 2003, para 24,8 % do total de nados-vivos em 2005; ou dois adultos heterossexuais em coabitação podem optar por não ter filhos, em Portugal e segundo dados do INE (1999) resultantes do *Inquérito à fecundidade e família*, 12% das mulheres entre os 25 e os 29 anos, com cônjuge, não tinha filhos. A diminuição do

número de filhos por mulher também apontada no estudo do INE (2002a) “*Mulheres e Homens em Portugal nos anos 90*” é justificada pelas mulheres pela dificuldade de conciliação entre vida familiar e vida profissional.

As mudanças ao nível das relações interpessoais e da família fizeram emergir a necessidade de partilha do trabalho e das responsabilidades familiares entre os elementos do casal e a legislação decreta a igualdade de direitos e responsabilidades entre pai e mãe nos cuidados aos filhos (Silva, 1995; Ramos, 2004). Na vida real essa igualdade ainda não se estabeleceu completamente, pois continua a ser a mulher o elemento que mais tempo despende para os cuidados à família e à casa. O tempo diário de trabalho, considerando o profissional e o doméstico, de uma mulher em média superior em 2 horas relativamente ao do homem. As mulheres são ainda as que maior responsabilidade tem na confecção de refeições, nos cuidados de limpeza da casa e no tratamento de roupas. A diferença entre os dois sexos relativamente às compras habituais para a casa já não é tão marcante. Em relação aos cuidados aos filhos manifesta-se alguma partilha destes cuidados pelos dois sexos mas, continua ainda a existir uma maior preponderância da mulher (INE, 2002a).

Em Portugal a entrada mais acentuada de mulheres no mercado de trabalho deu-se na década de setenta, e em 1999 Portugal tinha uma taxa de actividade feminina superior à da média da União Europeia (dos 15). Nesse ano a Dinamarca era o país com a actividade mais alta para homens e mulheres, com 58,3% e 49,8% respectivamente, enquanto em Portugal era 54,2% e 39% respectivamente (INE, 2002a).

Com esta mudança sócio-laboral, a criação de redes sociais de apoio à família como as creches e os jardins infantis, era um imperativo e por isso deveria ter merecido um maior investimento para criação desses espaços em número suficiente no sentido de facilitar a tarefa da família, contudo isso não se verificou e

“(...) evidencia uma atitude social de desinteresse pela sobrecarga das mulheres e pelas condições de vida das crianças, desinteresse que dificilmente poderá ter outra interpretação que não seja a da resistência social à recusa das mulheres para continuarem a confinar a sua vida ao lar familiar.” (Silva, 1995, p.57-58).

O casamento “*para toda a vida a qualquer preço*” deixou de fazer sentido e o divórcio passou a ser um recurso para resolver a tensão no casamento, a falta de amor, premissa inicial para o mesmo, ou as incompatibilidades pessoais entre o casal. Se bem

que também em relação ao divórcio, ou aos motivos para o mesmo, tivessem sofrido alteração ao longo do tempo, a evolução foi no sentido de maior liberdade pelos sentimentos e bem-estar individual. A legalização do divórcio aconteceu em diferentes tempos nos países ocidentais, reflectindo alterações nos comportamentos sociais e permitindo a emergência de novas configurações familiares. Foi a partir do final da década de sessenta que o seu número se tornou mais significativo, tendo triplicado nos países Europeus em que era permitido (Saraceno, 1992; Silva, 1995).

Em Portugal só em 1975 o divórcio passou a ser permitido a todos os casais que o desejassem e em igualdade para homens e mulheres, pois até então, só casais não casados catolicamente poderiam pedi-lo (Silva, 1995). A maioria dos casamentos, ainda hoje conforme dados anteriormente referidos, são celebrados catolicamente e apesar de a Igreja Católica continuar a considerar a indissolubilidade do casamento religioso não permitindo um novo casamento nesse regime, o recurso ao divórcio que se situava nos 0,1 por mil habitantes até 1974, foi aumentando a partir de 1975 e atingiu a mais alta taxa em 2002, 2,7 por mil habitantes, com ligeiro decréscimo nos anos seguintes, situando-se em 2004 nos 2,2 por mil habitantes (INE, *s/d*; 2006b).

O divórcio constituiu um recurso libertador da insatisfação conjugal. No casal da actualidade já não existe só um trabalho conjunto para um bem comum, desenvolvido em complementaridade do par, mas sim projectos comuns e projectos individuais em coexistência e um plano de encontro é muitas vezes difícil de gerir. A exigência dos cuidados aos filhos e a complexidade de relações nas famílias criam tensões entre o casal (Segalen, 1992).

Sem a satisfação esperada de uma união amorosa a dois promotora da conciliação entre satisfação sentimental, que motivou o casamento, e a satisfação individual dos elementos do par, então não faria sentido mantê-la. O recurso ao divórcio proporcionou a libertação da insatisfação pessoal, favorecendo a sua procura e contestando assim o casamento como condição fundamental para a felicidade. Aspecto também facilitado pela dissociação entre sexualidade, fecundidade e casamento, proporcionada pelo acesso a métodos de contraceção mais seguros. O pedido de divórcio é sobretudo por iniciativa das mulheres (Segalen, 1992; Saraceno, 1992; Silva, 1995). Segalen (1992), acrescenta ainda, que as mulheres com actividade profissional pedem mais frequentemente o divórcio e este aspecto é mais proeminente quanto maior o seu estatuto socioprofissional.

O divórcio tornou-se possível em Portugal, mais tarde que em outros países Europeus, contudo a sua evolução tem sido mais rápida (Silva, 1995).

A mesma autora (1995) refere que a família nuclear do tipo Parsoniano, continua a ser comum nas sociedades Ocidentais, especialmente ao nível das gerações mais velhas.

Existem hoje múltiplas formas de constituição e tipos de família. Aumenta o número de famílias monoparentais sobretudo mulheres e filhos; existem famílias reconstituídas legalmente ou não, após divórcio ou separação, que mantendo-se nucleares formaram um novo casal com filhos de ambos os anteriores casamentos; cada vez mais existem famílias formadas por um adulto a morar sozinho, nomeadamente entre as pessoas idosas.

As muitas mudanças sociais têm permitido à mulher alargar o seu papel na sociedade, não sendo o trabalho exclusivamente desenvolvido no lar e nos cuidados aos filhos. A necessidade de partilha das tarefas domésticas e da educação dos filhos já são reconhecidas e praticadas entre os casais mais jovens, desde a segunda metade do séc. XX, porém a mulher continua mais sobrecarregada relativamente às tarefas tradicionalmente femininas (Silva, 1995; Ramos, 2004).

A mulher, desde os primórdios da humanidade, é a responsável pelos cuidados aos familiares ao longo do ciclo vital humano, do nascimento à morte (Ramos, 2005).

Este aspecto é saliente na actualidade, com o aumento da esperança de vida, que é também acompanhado de maior número de doenças crónicas e degenerativas, como a doença de Alzheimer.

“As gerações são portadoras de memória familiar e colectiva, de discursos e representações, participando na perpetuação de valores e na construção de novas identidades e trajectórias individuais e grupais” (Ramos, 2005, p. 200).

A divisão normativa, de papéis de género, defendida por Parsons, deixava presos homens e mulheres a funções rígidas, não promotoras do desenvolvimento da personalidade dos adultos e, não tinham na realidade americana tradução tão linear (Michel, 1983; Silva, 1995).

“A divisão dos papéis masculinos e femininos em papéis instrumentais e expressivos, com a divisão das tarefas e das responsabilidades a que ela supostamente conduz, não parece existir na realidade americana (...) Isto apareceu na análise dos

resultados de 24 estudos americanos assentando na repartição dos papéis do casal: a autoridade do pai não se exercia, em todos os domínios, mais do que a preponderância atribuída à mãe nas decisões relativas aos filhos, na disciplina ou na vida social. (...) Mais recentemente, R. Centers e os seus associados, nos Estados-Unidos, A. Michel, em França, mostraram que a tendência para a igualdade do poder caracteriza a maioria das famílias urbanas americanas e francesas.” (Michel, 1983, p.138).

De acordo com Segalen (1999) a repartição de tarefas domésticas entre homem e mulher continua a ser desigual, apesar da maior participação do primeiro, a qual é mais notória quanto maior a posição profissional e educacional da mulher.

A mesma autora refere também que existem tarefas ainda femininas e masculinas, em pólos opostos e não negociáveis e que entre estes dois pólos se encontram as tarefas partilhadas. A gestão das tarefas e a sua sequência são da responsabilidade da mulher, mesmo quando o marido participa em algumas tarefas que concorrem para essa gestão da vida no lar. O tratamento da roupa da família é uma tarefa feminina enquanto as reparações em casa e a manutenção do carro é masculina. A mulher gere o abastecimento necessário à família, os menus das refeições, cozinha com mais frequência, mesmo quando o homem faz compras de géneros alimentares.

Na perspectiva da mesma socióloga, é errado considerar mais igualitário o trabalho doméstico entre os sexos, baseando esse juízo exclusivamente na partilha igualitária das grandes decisões familiares. Esta sempre existiu entre os casais ao longo de diversos contextos sócio-históricos, nos quais a mulher era trabalhadora.

O que ainda hoje “*permanece de pedra e cal é a divisão dos domínios de poder, a qual se observa mesmo entre casais socialmente mais inovadores, os jovens coabitantes. (...) no que concerne à reorganização dos papéis no seio da unidade conjugal, as formas clássicas de interação parecem prevalecer: as mulheres entraram no domínio masculino, mas os homens evitaram intervir demasiado no domínio outrora dito tradicionalmente feminino*” (Segalen, 1999, p. 269).

Os cuidados aos filhos, são segundo a mesma autora, assegurados mais por mulheres. Desde o nascimento dos filhos à juventude, em actividades escolares ou de lazer e desporto, nas necessidades de saúde, a mulher despende mais tempo na prestação destes cuidados. Comparativamente ao homem a mulher gasta “*três a quatro vezes mais tempo em actividades materiais e educativas*” (1999, p. 268).

Nas cidades é onde existem maior número de famílias e de jovens, pois a constante procura de melhores condições de vida, provocou movimentos de migração interna e externa, o que contribui para a multiculturalidade familiar e social.

Nas cidades a acessibilidade ao emprego melhor remunerado é maior, as condições de vida melhores, bem como as oportunidades para a melhorar, por exemplo pelo acesso à educação e à formação.

Nas famílias em meio urbano, cada um tem os seus horários, laboral ou escolar ou ainda de outras actividades, partilhando cada vez menos o espaço familiar, muitas vezes poucas horas ao fim do dia e as férias, quando conseguidas em períodos comuns.

As famílias vivem com maior privacidade mas também mais isoladas no exercício das suas funções nomeadamente na socialização das crianças, transferida em grande parte para os jardins-de-infância e escolas, pois a rede familiar já não permite a cooperação nesta função como noutros tempos (Silva, 1995; Ramos, 1990, 2004).

A rede social de apoio à família é deficiente colocando grandes desafios às famílias, na gestão do tempo e do dinheiro, sendo este aspecto saliente em Portugal que é um dos países da União Europeia (dos 15) onde mais mulheres trabalham fora de casa, sem que a rede social de apoio às crianças e aos idosos, áreas tradicionalmente da responsabilidade feminina, tenha conseguido evoluir de modo a proporcionar um apoio efectivo e eficiente (Silva, 1995).

A família que se forma e organiza de formas diferentes face a diversos contextos sociais e culturais, é um espaço de relação, de cuidados e de educação por excelência. Nesse espaço, os elementos das gerações mais velhas têm um papel fundamental no suporte afectivo, psicológico e material (Ramos, 2004, 2005).

“ No espaço familiar constroem-se laços de solidariedade e identidades, tecem-se vínculos e relações privilegiadas, desenvolvem-se competências emocionais e sociais e transmitem-se, através das gerações, representações e valores morais, humanitários, educativos e culturais.” (Ramos, 2005).

A evolução social introduzida pelas alterações demográficas, nomeadamente a diminuição da natalidade e o aumento da longevidade e as que permitiram o aumento da qualidade de vida, têm provocado uma *“verticalização da família”*. Na actualidade encontram-se famílias constituídas por mais gerações (pais, filhos, netos) com novos

papéis sociais e familiares, levando a uma situação relacional mais complexa (Ramos, 2004, 2005).

A par das alterações ao nível da longevidade que gera a coexistência de três ou quatro gerações na família alargada da actualidade, por contraste à sucessão geracional de algumas décadas atrás, a saída mais tardia dos filhos da casa dos pais, são segundo Segalen (1999) a grande novidade da família contemporânea e alteram as tarefas ao longo do ciclo vital familiar.

Mas, seja qual for a configuração familiar do leque que na actualidade existe, a família continua a proporcionar pela qualidade da interacção entre os seus elementos, um sistema psíquico e emocional que vai permitir desenvolver o sentido de pertença, o valor dos vínculos afectivos e da solidariedade, do respeito e aceitação de valores e de regras, desenvolvendo uma saúde mental propiciadora da integração social nas suas diversas vertentes (família, trabalho, etc.) numa perspectiva harmoniosa (Ramos, 2005).

1.4.1. Perspectiva sistémica da família

A perspectiva sistémica da família baseou-se na “*teoria geral dos sistemas*” desenvolvida na década de quarenta, do séc. XX, por Ludwig Von Bertalanffy. Este biólogo centrou a sua investigação no sistema como um todo, não nos seus constituintes, e no conceito de “*feed back*” ou retroacção circular desenvolvido por Wiener (Alarcão, 2000).

Bertalanffy cit in Winkin (1981) definiu sistema “*como um complexo de elementos em interacção, sendo as interacções não-aleatórias*” existindo no mesmo causalidade circular e, cujos princípios se demonstraram válidos para qualquer sistema biológico, social ou físico-químico.

Nos anos 50, a “*teoria matemática da comunicação*” desenvolvida por Shannon e conhecida como “*modelo de telégrafo*”, por ser linear e puramente transmissiva de informação, era a dominante, também nas ciências sociais e humanas, tanto na Europa como nos EUA e influenciou de forma marcante o conceito de comunicação (Winkin, 1981).

Na mesma década, nos EUA, formou-se o “*colégio invisível*” que acabou por se sedear em Palo Alto, na Califórnia. Fundado pelos investigadores Gregory Bateson, Ray

Birdwhistell, Erving Goffman, Edward Hall, juntaram-se-lhes mais tarde, Don Jackson, John Weakland, Jay Haley e Paul Watzlawick entre outros. Provenientes de diversas áreas do conhecimento, como a antropologia, a sociologia e a psiquiatria, tinham em comum a investigação da comunicação interpessoal, para a qual partiram sem utilizar a teoria de Shanon, por a considerarem redutora para as ciências humanas (Winkin, 1981).

As sociedades são formadas por grupos de indivíduos, que constituem e integram muitos outros grupos como o familiar, o dos amigos, o do emprego, numa teia infinita de relações constantes e dinâmicas que caracterizam a vida, numa encruzilhada de pessoas, momentos e situações. Desta ininterrupta interacção, emergem readaptações constantes que geram progressos, às vezes retrocessos mas sempre novas necessidades e expectativas.

Os investigadores da escola de Palo Alto, notaram que as sociedades têm uma cultura própria, transformada em códigos com significado para os elementos inseridos naquele contexto e que orientam e organizam o comportamento pessoal e interpessoal. Saliendo que esses códigos são constituídos por palavras, por gestos, expressões, espaço interpessoal, integraram no âmbito da comunicação a forma verbal e não-verbal de comunicar, como um todo, com utilizações conscientes e voluntárias, mas também com utilizações não voluntárias, num processo social de interacção permanente. Foi assim introduzida uma nova perspectiva da comunicação como um processo social que tem por objectivo “*pôr em comum*” não só através da comunicação verbal, mas também pela não verbal, no âmbito de uma relação como contexto interaccional. A metáfora comunicacional passou então, por oposição ao modelo vigente – telegráfico, a ser a do modelo de orquestra (Winkin, 1981).

Os investigadores Bateson, Jackson, Weakland, Haley e posteriormente Watzlawick, da escola de Palo Alto, dirigiram a sua atenção de investigadores para o contexto familiar, concretamente para as relações familiares e, particularmente para a compreensão dos processos de comunicação na família. Este movimento investigativo resultou da dificuldade de intervenção familiar à luz do modelo Psiquiátrico vigente na época, centrado nas dimensões orgânica e individual (Winkin, 1981; Alarcão, 2000).

A família é um dos grupos constituintes da sociedade, com características e funções próprias. Readapta-se e opõe-se à mudança, criando e recriando a sua própria história e

descobrimo o sentido da sua evolução e, fá-lo de forma criativa e única, pois na igualdade do grupo social chamado família, existe a identidade de cada família, que a diferencia de uma outra família.

A família é, desde a década de 50, entendida como um sistema que se readapta constantemente na restauração da estabilidade e em resposta a novas situações.

A teoria geral dos sistemas e os trabalhos dos investigadores da escola de Palo Alto, permitiram uma nova concepção sobre a família. O sistema familiar passou a ser definido como “*o conjunto de elementos em interacção de tal forma que uma modificação num deles provoca uma modificação de todos os outros*” (Alarcão, 2000, p. 15 cit Marc & Picard, 1984).

Para Alarcão a família é “*um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda um espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra família.*” (2000, p. 35).

A família, como um sistema, é uma teia complexa de relações intra e inter-sistemas, em constante adaptação e mudança.

A família tem uma função interna e uma função externa. A primeira refere-se ao desenvolvimento e protecção dos seus elementos – sentimento de pertença; a segunda à socialização e transmissão da cultura – individualização e autonomização. A família tem assim que articular a resposta às necessidades dos seus elementos individualmente e como grupo inserido num determinado contexto comunitário e social nos quais se incluem a escola, o trabalho e outras com que a família mantenha ligações (Alarcão, 2000).

“*A família constitui um todo social, com especificidades e necessidades próprias, inserida e influenciada por um sistema mais vasto de interacções sociais alargadas à comunidade e à sociedade e pelas redes sociais formais e informais*” (Ramos, 2004, p. 178).

O desenvolvimento familiar faz-se em cada um dos seus elementos e neles como um conjunto, numa perspectiva de co-evolução. Está directamente relacionado com

necessidades e características dos seus elementos, sofrendo contudo pressões sociais (Alarcão, 2000).

“A interação é cumulativa e indivíduo(s) e família co-evoluem no seu processo de formação e desenvolvimento” (Alarcão, 2000, p. 108 cit Bateson).

A mesma autora salienta que o desenvolvimento familiar determina diversos tipos de mudanças, na estrutura; na interação ou na função, de modo a que a família possa responder adequadamente a novas situações, reequilibrando-se de novo. Assim, reconhece-se à família a capacidade para se adaptar a mudanças de forma autónoma, alterando a sua estrutura com o objectivo de manter a sua organização e estabilidade, em momentos de *crise*. As crises são todos os acontecimentos que requerem do grupo familiar mudança para a adaptação. Essas mudanças podem ser de primeira ordem, como as que resultam das condições da vida do dia-a-dia e, as de segunda ordem, mais complexas, pois exigem mudanças no sentido da reestruturação do sistema. Este último tipo de mudança é uma oportunidade de evolução do grupo familiar, permitindo o crescimento e desenvolvimento individual dos seus membros, pelo que é inevitável a mudança para a sobrevivência do sistema.

Relativamente ao desenvolvimento familiar, Alarcão refere *“simultaneamente uno e diverso; construção criativa de cada um e de todos os indivíduos, ao mesmo tempo.”* (2000, p.108).

Na actualidade a família Ocidental forma-se a partir da escolha mútua e livre de duas pessoas que se autonomizaram das suas famílias de origem e com base em laços afectivos constroem a sua própria família, iniciando assim o ciclo vital familiar.

O ciclo vital familiar foi descrito pela primeira vez pelo sociólogo Duvall nos anos 50. A descrição do ciclo vital familiar comporta as diversas etapas pelas quais a família passa e as tarefas que em cada uma delas tem que desempenhar. O ciclo vital familiar de Duvall (quadro nº 1) tem como referência para a classificação efectuada, a família nuclear com filhos, a mais frequente na época, em que a idade e evolução do primeiro filho do casal demarca a mudança para a etapa seguinte. A cada uma dessas etapas correspondem diferentes tarefas familiares, que contudo não são delimitadas no tempo e se podem sobrepor (Relvas, 1996).

Quadro nº 1 – Ciclo Vital Familiar de Duvall

Estádio	Tarefa
1. Casais sem filhos	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade
2. Famílias com recém-nascido (filho mais velho; nascimento-30 meses)	Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente
3. Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho:2,5-6 anos)	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento.
4. Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho:6-13 anos)	Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com famílias na mesma fase)
5. Famílias com filhos adolescente (filho mais velho:13-20 anos)	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais.
6. Famílias com jovens adultos (saída do 1º filho- saída do último filho)	Permitir a separação e o «lançamento» dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar.
7. Casal na meia-idade («ninho vazio», reforma)	Reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.
8. Envelhecimento (reforma, morte de um ou ambos os cônjuges)	Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento.

Fonte: Relvas (1996, p.18)

Ao longo das diversas fases a família vai mudando para conseguir responder às exigências da nova fase, constituindo essa transição um período de maior stress para a família e é chamada *crise*, que vai requerer da parte da família capacidade para responder a novas necessidades, alterando-se ao nível das interações através de mudança de segunda ordem. Exemplos de *crise* são a adaptação que o casal tem que fazer um ao outro após o casamento; adaptação do casal ao nascimento de um filho e ainda a mudança necessária no papel dos pais, que continuam a ser pais, mas devem passar a ter uma interação diferente com o filho em período de adolescência, da que existia com o mesmo durante a infância (Relvas, 1996).

As fases familiares que compõem o ciclo vital familiar são ainda hoje uma referência, contudo as alterações sócio-demográficas alteraram-nas e Segalen (1999) alerta para a necessidade da sua revisão.

Hoje o casal pode viver em comum por mais anos, se não se divorciar; tem os filhos em casa durante mais anos e podem ser avós por mais tempo também, se bem que iniciem essa experiência mais tarde por os seus filhos serem mais tardiamente pais. (Ramos, 2005; Segalen, 1999).

No percurso que a família realiza entrecruzam-se sistemas de valores pessoais, culturais e sociais e ainda vivências e expectativas, transportadas por cada um dos elementos do casal e aprendidos nas famílias de origem.

Aldolfi (1981) define família como “*um sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais*” (cit in Alarcão, 2000, p. 38).

Na família ao longo do seu ciclo vital formam-se sub-sistemas, o conjugal, o parental e o fraternal. Os membros constituintes de cada um dos sub-sistemas têm responsabilidades na trajectória do sistema, produzindo um conjunto de significados que nascem no seio de cada família, por interacção entre os diferentes elementos num determinado tempo e contexto. A individualidade de cada elemento, introduz diferenças na relação que se estabelece nos sub-sistemas e no sistema como um todo, permitindo a construção de novos significados e histórias próprias, através da partilha ou seja, da comunicação.

1.4.2. Comunicação na família

O início de uma nova família acontece com a união de dois indivíduos que se escolheram mutuamente e assumiram livremente o desejo de partilhar a vida.

São duas pessoas que pretendem em conjunto desenvolver um projecto familiar, ao longo de um período alargado de tempo, único e próprio, no seu desenvolvimento.

Refere Relvas (1996) que o casamento como projecto futuro da idade adulta faz parte da nossa cultura e nesse desejo de futuro está implícita a ideia de complementaridade de pares. A ideia do casamento é incentivada desde a infância, através das histórias contadas na infância que terminam “(...) *e foram felizes para sempre*”, pelas expectativas expressas verbalmente “(...) *um dia quando casares (...)*” ou “*encontrarás o teu príncipe encantado*” e também pela modulação de papéis inerentes ao género, inculcada pelos brinquedos e tarefas “apropriados” a meninas ou a meninos.

A decisão do casamento já não é como outrora uma disposição decidida pela família de origem. Hoje, o casamento acontece quando o par o deseja e se ama. O amor romântico é socialmente idealizado como desejável, compensador e veículo de felicidade. Esta ideia de amor entre os dois e a necessidade de partilha, de pertença, de atenção, de gratificação sexual, de filhos em comum, de estatuto social e de conforto material são o estímulo, individual e social, para que o casamento aconteça (Relvas, 1996).

Ao casamento precede a fase de namoro. Uma fase de embevecimento mútuo, um tempo mágico em que a existência de um alimenta e dá sentido à do outro.

Nesse contexto amoroso, Relvas (1996) explicita que os namorados não se sujeitam a um grande confronto entre as diferentes formas de estar na vida, de lidar com as responsabilidades ou ainda de em conjunto se integrarem com as respectivas famílias de origem. Vivem um sonho conjunto, em que comunicam intensamente e organizam o tempo no sentido de usufruírem o maior tempo possível em conjunto, mas não metacomunicam, elaborando um projecto futuro em comum.

Com o casamento, legalizado ou não, dá-se a passagem à vida em comum, forma-se o primeiro sub-sistema familiar: o conjugal.

O início da vida em comum vai exigir que os cônjuges se tornem autónomos da família de origem e se diferenciem das mesmas, formando um novo casal.

Neste processo complexo o casal não passa a ser um, como o senso comum transmite, mas *“no casal um e um são três”*, como expressa Caillé citado por Relvas (1996, p. 53), exprimindo assim a importância de, nesta fase, o casal criar um modelo de conjugalidade próprio, mantendo cada um dos seus elementos a sua individualidade. O processo de formação do modelo de conjugalidade, exige que os elementos do casal negociem. Para essa negociação, contribuem as aprendizagens efectuadas com a experiência nas suas famílias de origem e com o meio cultural e social.

“O ser humano é um ser de cultura” que aprende a comunicar pelas experiências com o meio e pelas interações proporcionadas, na família, na comunidade e na sociedade. Todos estes sistemas são abertos, em constante interação e jogo de absorção e de influência, ou seja, o indivíduo adapta-se e aprende as regras e os valores da sua cultura mas também a influência e recria (Ramos, 2001).

As interações que desta forma e nestes contextos ocorrem são processos que se desenvolvem ao nível do consciente, mas também e de forma marcada ao nível do inconsciente, num verdadeiro complexo comunicacional que se tece entre as diversas gerações e que constitui a herança cultural dos grupos sociais (Ramos, 2001).

A mesma autora diferencia as formas de aprendizagem cultural, como consciente ou socialização e a forma inconsciente ou enculturação.

A socialização é um processo consciente, em que a aprendizagem é decorrente das influências que resultam da interação contínua entre grupos e indivíduos. A integração de novas ideias, conceitos, valores vão sendo aprendidos e integrados em contínua adaptação ao meio, recriando-o (Ramos, 1993; 2001).

A enculturação é um processo de interiorização, inconsciente, do quadro de referência do grupo, das suas tradições e valores. É “natural”, sem esforço e sem filtro crítico, muito transmitida pelos comportamentos não é exclusiva da família mas é no seu seio que se inicia e nele, a sua dimensão é mais marcante (Ramos, 1993; 2001).

A mesma autora (2001) salienta a importância da conjugação destes processos na construção de significações comuns à família e à comunidade mais alargada, de acordo com a idade, o sexo, o estrato social e a classe profissional, e essas significações vão ser entendidas através da comunicação verbal e não verbal, permitindo a comunicação, a relação entre as pessoas.

Ao nível familiar de origem é aprendido o modelo de conjugalidade praticado pelos pais, “ (...) *o modelo de relação homem-mulher (...)*”, sendo a aprendizagem complementada pelos conhecimentos adquiridos pela relação no sub-sistema fraternal, onde se faz a aprendizagem da interação entre iguais.

“ (...) *as primeiras aprendizagens entre sujeitos da mesma geração, vão permitir que a criança possa experimentar relações de competição, solidariedade, rivalidade e negociação que são fundamentais para a aquisição de um savoir-faire utilizado mais tarde na relação íntima entre iguais. (...) como em princípio serão os elementos do casal.*” (Relvas, 1996, p.44-45).

No processo de sucessivos reajustes entre o par, para a construção da identidade do “nós”, o casal passa por conflitos mais ou menos acentuados. É imperativa uma comunicação clara, objectiva, não subentendida nem partindo da premissa de que o amor é suficiente para ir ao encontro do que o outro quer e pensa.

Como nos ensinou Watzlawick (1993) e os outros investigadores da escola de Palo Alto, a comunicação humana é interacção permitida pelo comportamento em relação, numa sucessiva cadeia de influência recíproca, utilizando códigos digitais e analógicos. Como o comportamento não tem oposto, é impossível não comunicar. O que acontece não é não comunicação, mas sim distorções de comunicação que não conferem à comunicação a propriedade funcional, ou seja, a capacidade de “*pôr em comum*”.

Este autor deu um forte contributo para a melhor compreensão da comunicação humana e da pragmática da comunicação.

A capacidade de comunicar funcionalmente é a chave para o favorecimento da co-evolução familiar e da sua harmonia, pois assim podem ser geridos os conflitos e restabelecida a estabilidade, a família tem condições para prosseguir no sentido do seu desenvolvimento e satisfação.

Refere Relvas (1996) que quanto maior a proximidade relacional, como acontece no casal e na família, mais relevante se torna a pragmática da comunicação, pois defende esta autora e também Alarcão (2000), que é através da comunicação que as pessoas se aproximam ou distanciam, que conseguem reconstruir significados e histórias ou, torná-los inertes, comprometendo a evolução da relação.

Entre o casal as interacções são constantes e contínuas, sem que exista um início e um fim para a comunicação. A proximidade e continuidade de que falam as autoras vão fazer com que cada um dos elementos do casal pense que sabe o que o outro pensa, quer ou transmite de forma digital ou analógica. Este aspecto é pantanoso para a interacção entre o casal e pode gerar inúmeros conflitos que não se poderão resolver se o casal falar. Pelo contrário, o falar é muitas vezes o indutor de maior conflito.

“O casal pela natureza da sua relação defronta-se frequentemente com dificuldades a este nível, nomeadamente com fenómenos de distorção da própria comunicação; no entanto só poderá avançar na resolução das suas tarefas, se conseguir geri-la de forma clara e sem ambiguidades. (...) uma tal forma de comunicar é diferente de “falar de tudo”. A comunicação é mais do que aquilo que se diz: a mensagem não se limita ao conteúdo codificado (por exemplo às palavras) mas comporta um sentido transmitido das mais variadas formas, normalmente não verbais.” (Relvas, 1996, p. 62).

A solução adequada para atingir a comunicação funcional é a metacomunicação, o que quer dizer, que o casal deverá sobrepor-se ao conteúdo da comunicação para comunicar sobre aquilo que deu origem ao conflito, a própria comunicação, intersectando desta forma um espaço relacional onde fará coincidir os diferentes significados da interação (Alarcão, 2000; Relvas, 1996).

Este espaço de interação é, para as mesmas autoras, estruturante da relação e desenvolvido por uma alternância de posições entre os elementos do casal e segundo as áreas em apreço, os momentos, etc. Existe em cada casal ou família uma preponderância própria em relação a um ou a outro modelo de interação de acordo com as competências de cada elemento e da negociação das preferências, devendo contudo o modelo ser flexível.

É na capacidade que o casal tem de tornar as suas divergências, encontros, que reside a comunicação funcional.

Nesse encontro, o casal cria significações próprias para as atitudes, palavras, gestos e expressões, pois como postulou Watzlawick, Beavin & Jackson (1993):

- Todo o comportamento é comunicação e logo influencia e é influenciado;
- Na família não existe somatividade de elementos mas sim, interação que gera um padrão interaccional que se distancia das características individuais dos seus elementos;
- As interações entre família e meio são constantes e geram retroalimentação positiva e negativa que vai determinar a necessidade de reencontrar a homeostase do sistema;
- A homeostase é adquirida pela regulação da família, pelos limites e normas em interação com o meio, ao longo do tempo. As variações impostas pelo tempo, crescimento e desenvolvimento dos elementos da família, e pela abertura ao meio, educação, emprego, etc., vão determinar calibrações para uma adaptação no sistema e deste com o meio.

A qualidade interaccional ou comunicacional é caracterizada pela flexibilidade do sistema familiar, onde o casal joga um papel fundamental desde a sua formação, ponto de partida para a comunicação interpessoal que lhe vai permitir criar-se enquanto casal e desempenhar tarefas conjuntas com vista à educação e autonomização das suas crianças.

Relvas (1996) e Alarcão (2000) baseando-se na teoria da comunicação sistémica e nos cinco axiomas da pragmática da comunicação humana desenvolvidos por Watzlawick, Beavin e Jackson (1993) apontam para as distorções comunicacionais mais frequentes ao nível da comunicação conjugal e familiar, no seio da qual é frequente manifestarem-se dificuldades.

1º Axioma – *“Não se pode não comunicar”* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993, p. 47).

Alarcão (2000) exemplifica este axioma em termos de comunicação familiar. Qualquer que seja o sistema familiar não é possível que os seus elementos não comuniquem, mas o desejo de não partilhar num acto comunicacional pode ser sentido e expressar-se no comportamento, de diversas formas, melhor ou pior sucedidas:

- Aceitação passiva, por exemplo através do silêncio, é muitas vezes votada ao insucesso pois pode não ser entendida ou notada.
- Rejeição, manifesta claramente aquilo que se deseja, apesar de poder provocar algum mal-estar.
- Formação do sintoma, isto é, a utilização de sinais corporais que manifestem a ausência de vontade de participar, como por exemplo adormecer. Pode não ser notado o sintoma pelo interlocutor e nesse sentido pode ser ampliado ou associada outra manifestação que o reforce, por exemplo ressonar. É voluntário e por isso causa sofrimento.
- Desqualificação no sentido de invalidar a comunicação utilizando maneirismos da fala, ambiguidades, incoerências, interpretações incorrectas. É falar sem nada dizer.

2º Axioma – *“Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto uma metacomunicação”* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993, p. 50).

Alarcão (2000) refere sobre o significado deste axioma ao nível familiar que o transmitido no conteúdo da mensagem é simultaneamente definidor da relação, sendo por isso metacomunicação, isto é, a comunicação sobre a comunicação. É através da metacomunicação que se tornam claros e objectivos os sinais enviados como

mensagem, habitualmente não verbais. Ao metacomunicar o casal clarifica o significado do comportamento na interacção relacional.

O importante, não é o facto de reconhecer a existência do conflito mas sim o desenvolvimento da capacidade de resolução dos mesmos. Para o conseguir com sucesso, o casal deverá metacomunicar para perceber o que os divide e definir o esquema de interacção através da flexibilidade comunicacional, proporcionada pela alternância de comunicação simétrica e complementar entre os dois, de forma explícita e não subentendida como é frequente surgir entre o casal (Relvas, 1996).

Mas Alarcão (2000) alerta para as distorções mais frequentes a este nível e que são:

- Confusão que torna difícil a resolução dos problemas, pois a discussão dos mesmos é centrada no conteúdo da mensagem, ignorando a relação, com disputa pela última palavra sobre o assunto.
- Rejeição é a afirmação clara da discordância sobre o conteúdo daquilo que é transmitido. Ocorre através de uma expressão do género “estás errado” e que exige definição da relação.
- Desconfirmação ocorre quando entre os elementos em interacção existem conteúdos comunicacionais que negam a existência do outro.

3º Axioma – “A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre comunicantes.” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993, p. 54).

Alarcão (2000) sobre este axioma refere que existindo circularidade de comunicação os elementos da família numa sequência de comportamento entendem-na com um principio e um fim, isto é, um comportamento é entendido como resposta ao comportamento do outro, ignorando a circularidade desses comportamentos. Em simultâneo um pensa que o que interpreta do outro é o correcto, sendo só a sua verdade, o que introduz ambiguidade na relação e pode gerar conflito.

As distorções a este nível ocorrem por discrepância na pontuação, pelo facto de quem está envolvido no acto comunicacional considerar que domina toda a informação sobre a situação ou que as mesmas conclusões devem ser extraídas pelos interlocutores.

4º Axioma – “Os seres humanos comunicam digital e analogicamente.” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993, p. 61).

Relativamente a este axioma Alarcão (2000) refere que a comunicação através de signos utilizados de acordo com as regras da sintaxe e da semântica confere mais precisão e clareza ao nível do conteúdo mas é menos rica ao nível da transmissão de emoções e de sentimentos. A linguagem analógica proporciona essa riqueza ao nível da relação sendo contudo menos específica em relação ao significado pois tem um leque de possibilidades de interpretação maior.

O recurso aos dois tipos de linguagem está associado e torna a comunicação mais rica em significações, sendo um terreno movediço se não houver uma interpretação conjunta do significado. É a este nível que se pode instalar uma distorção.

5º Axioma – “Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença.” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993, p.64).

Alarcão (2000) salienta a necessidade para uma comunicação funcional dos dois tipos de permutas comunicacionais, o que torna a interacção flexível pela alternância de posições entre os elementos em interacção. A comunicação simétrica é uma comunicação que se desenrola ao mesmo nível comunicacional, sem diferenças entre a primeira mensagem e a segunda, reflectindo o segundo o comportamento do primeiro. A comunicação complementar é um tipo de interacção em que as posições se alternam entre quem dirige a interacção – *one-up* e quem se adapta à interacção, respondendo à iniciativa do outro – *one-down*, com transacções diferentes de mensagens em que a segunda responde à primeira.

As distorções são resultantes de interacções rígidas ao nível do modelo ou da utilização de níveis incompatíveis na comunicação.

A utilização exclusiva do modelo simétrico impõe à comunicação uma igualdade contínua que vai fazer com que o segundo responda ao primeiro devolvendo-lhe o comportamento, numa crescente rivalidade competitiva de rejeição sobre o “eu” de cada elemento.

A utilização de um modelo de interacção complementar em que cada interlocutor está fixo na mesma posição – *one-up* e *one-down* não se alternam entre si, vai fazer a interacção enveredar para um modelo interaccional em que o segundo é desconfirmado pelo primeiro originando uma díade tipo “*opressor-oprimido; vitimador-vítima*”, não evoluindo a relação no sentido da maturação.

Os paradoxos pragmáticos inserem-se na comunicação paradoxal e, no seio familiar são perturbadores da interacção. São classificados como: injunção paradoxal e previsão paradoxal.

A primeira trata-se de uma ordem contraditória, sendo por isso impossível a escolha de uma resposta adequada. Por exemplo “*sê espontâneo*”. A injunção paradoxal múltipla é discordante ao nível analógico e digital e cria uma situação de duplo vínculo – *double-bind*. Esta situação afecta fortemente a interacção e pode não se resolver metacomunicando, exigindo intervenção terapêutica para a quebra do ciclo vicioso criado pelo *double-bind*.

A segunda é uma ameaça de um comportamento no futuro para resolução de um conflito presente. Este tipo de interacção comunicacional provoca insegurança na relação e servirá para interpretar alterações no comportamento do protagonista da ameaça.

A capacidade comunicacional funcional, metacomunicando para evitar distorções, vai possibilitar ao casal a criação e manutenção do “nós” no seu espaço próprio – sub-sistema conjugal, permitindo a cada elemento manter a sua individualidade – sub-sistema individual. Este aspecto é importante para a interacção conjugal e a de todos os sub-sistemas que se formarão com a chegada dos filhos – sub-sistema parental e sub-sistema fraternal e também para a interacção da nova família com as famílias de origem (Alarcão, 2000; Relvas, 1996).

De facto, na família o casal é também um elo intergeracional, pois desempenha o papel de promotor da interacção entre as diversas gerações e entre as respectivas famílias de origem (Alarcão, 1996; Ramos, 2005).

A esta rede de relações e de definição de tarefas, Minuchin (1979) designou por estrutura familiar definida como “*a rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem*” (cit in Alarcão, 2000, p. 52).

A estrutura familiar é um factor importante para o desempenho das funções da família e do bem-estar familiar.

“*Uma relação afectuosa entre pais e filhos tem como consequências um estilo comunicacional e estratégias parentais mais positivas, assim como competências emocionais e sociais na criança (...)*” (Ramos, 2004, p. 183).

A definição de espaço próprio e do desenvolvimento de competência comunicacional entre o casal, irá permitir-lhe um melhor ajuste e trabalho conjunto para a resposta às necessidades dos filhos e ao desenvolvimento das tarefas com eles relacionadas, não só em termos de cuidados mas também de definição de limites, valorização de regras e de valores e no desenvolvimento da sua autonomia. Os filhos irão aprender assim um modelo de interacção pessoal a diversos níveis: familiar, com o grupo de iguais, com os diferentes sexos e com os mais velhos, que constituirá referência futura (Alarcão, 2000; Relvas, 1996).

A experiência intergeracional na família, concorre para a complexidade interaccional mas contribui para experiências comunicacionais e relacionais diversas e enriquecedoras para o grupo familiar e sociedade (Ramos, 2005).

“A solidariedade social e familiar intergeracional e a qualidade dos vínculos afectivos, relacionais e comunicacionais entre as gerações, favorecem o sentimento de segurança e de pertença, a saúde e a qualidade de vida individual e familiar, contribuem para a produção de novas relações, papéis e representações, reforçam a coesão e integração do grupo e promovem diferentes formas de solidariedade intergeracional.” (Ramos, 2005, p. 196).

Esta construção a que se refere Ramos (2005) é, segundo a mesma, explicada pela interacção intra familiar e desta com a cultura e a sociedade, num processo interaccional, consciente ou inconsciente, que vai originar a construção do sentido de pertença da família, primeira vinculação e, básica para o desenvolvimento do indivíduo e dos laços intergeracionais.

O elo geracional é infinito, na transmissão da cultura e portanto nas capacidades comunicacionais da família, factor determinante da qualidade das suas interacções que determinarão, como diversos estudos têm revelado, o futuro dos futuros adultos, em termos de autonomia, capacidade relacional, saúde mental e afectiva.

Continua a mesma autora que a qualidade das interacções familiares é um aspecto fundamental da saúde mental dos seus elementos, para o desenvolvimento harmonioso e integrador na sociedade e para uma vivência harmoniosa.

CAPÍTULO 2 – VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER

Neste capítulo apresentamos factores culturais favorecedores da perpetuação da violência, definimos conceitos, tipos de violência e a dinâmica da relação conjugal violenta. Apresentamos algumas das teorias e também algumas estatísticas da Europa e de Portugal, sobre a problemática em estudo.

1. CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER

A violência tem acompanhado a existência humana ao longo dos tempos, salientando Fischer (1992) que a violência foi um recurso utilizado como forma de organizar as sociedades. Como produto desta necessidade emergem dois tipos de violência que importa distinguir. Aquela exercida como sendo necessária à manutenção dessa mesma organização como por exemplo a decorrente da acção interventiva das forças policiais, que foi à luz de um quadro legal definida como legítima e positiva para a ordem social; e o outro tipo de violência socialmente condenável por ser considerada desordeira e lesiva da harmonia social e, por isso, ilegítima e punível formal ou informalmente.

A agressividade faz parte do comportamento humano, existe na vida psíquica de todas as pessoas independentemente do seu sexo e é essencial à sobrevivência, alternando-se a sua expressão, ao longo dos momentos que compõem a vida, com o seu oposto que é a passividade. São características que podem tornar-se mais ou menos salientes no comportamento de acordo com as circunstâncias, mas coexistem nas pessoas, não se excluem (Silva, 1995).

A mesma autora salienta o papel da aprendizagem social no controlo da agressividade humana, que se inicia precocemente na família e é continuada e partilhada por outras instituições sociais que com ela se relacionam, como por exemplo a escola. O objectivo é integrar as normas sociais no comportamento e desenvolver desde a infância estratégias de controlo da agressividade para que não se manifeste por comportamentos violentos, os quais são socialmente condenáveis e sujeitos a repressão e condenação.

Segundo Fischer (1992) a violência é entendida como a utilização da força no sentido de exercer uma imposição ao outro. No exercício desse objectivo pode haver recurso a múltiplas estratégias que podem passar pela utilização de força física ou ataque moral contra outro ser humano, ao nível dos seus direitos e da possibilidade de

os exercer. O ataque violento concretiza-se por actos de agressão em diversos graus de intensidade e de repercussões no outro. Pode variar da lesão física de pouca gravidade ao assassinato, ao comprometimento da integridade moral e psicológica da pessoa vítima do ataque.

O mesmo autor define a agressão como um comportamento que numa situação de interacção social visa provocar deliberadamente danos a outro, utilizando diversas formas de expressão, podendo os danos resultantes ter impacto ao nível físico, psicológico e sócio-cultural.

Na actualidade, a violência gerada por actos de agressão representa um fenómeno mundial, sem fronteiras culturais, sociais, religiosas ou económicas, manifestando-se em diversas áreas da vida social, como nas guerras ao nível político, na fome em tantos países do mundo e nos assaltos com violência física ou não ao nível económico; em cenas de áreas de entretenimento como no cinema; ao nível do trabalho traduzidas pelo *bulling* e manifestadas pelo *burnout* e também no seio familiar.

A socialização é desenvolvida num ambiente de herança cultural e não permite filtrar todos os comportamentos que de uma época para outra deixam de ser menos aceites socialmente e Gelles & Straus (1988) referem que a própria cultura incentiva a utilização de violência para a resolução de conflitos interpessoais, sendo este aspecto histórico, modelado no presente de várias formas mais ou menos subtis. A título de exemplo recordemos os duelos de cavaleiros no passado, as guerras, a pena de morte no passado e no presente, os heróis da indústria cinematográfica imortalizados em personagens violentas, humanas ou não, como em alguns desenhos animados.

A transmissão cultural é um aspecto importante da modelação do comportamento ao nível das diversas estruturas que compõem a sociedade, como a comunidade, a família, a escola (Ramos, 2004) e é nestas estruturas que a socialização das pessoas acontece, de acordo com o seu sexo e orientada por um tipo de organização social de cariz patriarcal, centrada no poder masculino que a história das sociedades evidencia e se mantém nas sociedades contemporâneas (Silva, 1995).

Assim, a socialização e enculturação promovem o desenvolvimento diferente entre os sexos, orientando-os para comportamentos com diferentes características, destinados a papéis diferentes.

A agressividade, bem como o seu oposto, a passividade, diz-nos Silva (1995), são características psíquicas inerentes a qualquer ser humano, mas para socializar os indivíduos em género masculino ou feminino, é mais estimulado um ou outro. A repressão da agressividade e o incentivo da passividade são utilizados para a construção do feminino, terno e submisso, vocacionado para a maternidade e a família, enquanto o incentivo da agressividade e a repressão da passividade pretendem-se na construção do masculino, activo, vocacionado para o social, provedor da família.

São os géneros socialmente construídos que vão mover-se ao nível social e familiar de acordo com o que deles é esperado, e entre essas expectativas está a formação da família e assegurar descendência.

A família é culturalmente entendida como um local de afecto e de segurança. Um reduto de reparação da turbulência exterior e onde os seus elementos estão em segurança por oposição à restante sociedade, onde se pensa existir maior risco de violência.

Mas a família é um grupo social e socialmente construído pelos indivíduos socializados para diferentes papéis, homens e mulheres, em estreita relação com todos os outros grupos comunitários e sociais da qual resultam movimentos de influência bidireccionais.

“As múltiplas formas de violência estão enraizadas nas estruturas sócio-económicas, culturais, políticas e nas consciências individuais, numa relação interactiva e dinâmica entre condições objectivas e subjectividade do ser humano, entre o colectivo e o individual. Com efeito, os diversos tipos de violência expressam-se de forma associada, onde desajustes, desequilíbrios e conflitos do sistema social, comunitário e familiar se articulam nos níveis individuais e interpessoais, e onde um conjunto de factores de risco actua de forma dinâmica e interactiva no indivíduo, na família, na cultura e na comunidade” (Ramos, 2004, p. 51).

Considerada a causa da violência desta forma complexa, a mesma autora define a violência estrutural como a violência que resulta de uma interacção de factores históricos, políticos e económicos com repercussões na vida individual. Essas repercussões vão-se instalando desde a infância, fragilizando-a no seu desenvolvimento e perpetuando-se na vida familiar e social.

A interacção dos factores que a autora aponta, produz uma forma tão subtil de violência que pode parecer “natural”, ou seja, sem que pareça determinada pelas opções das pessoas, mas é exactamente no seio social que ela é produzida e perpetuada, manifestando de diversas formas como por exemplo a exploração do trabalho infantil, tráfico humano, abandono e institucionalização de menores e violência familiar.

Na família a interacção humana é próxima e contínua, ao nível do espaço e do afecto, ao nível também do conflito, facilitado pela proximidade afectiva e do espaço privado.

“(...) a família é composta por seres humanos que têm entre si laços privilegiados, em principio baseados na afectividade, mas feita também de rejeições. É portanto um lugar onde a violência está presente e se manifesta” (Fischer, 1992, p. 68).

As condições de proximidade afectiva e física, em ambiente de privacidade permitem relaxar as defesas psicológicas pessoais inerentes ao ambiente de trabalho e social, facilitando uma comunicação mais espontânea. A emotividade está mais presente, é mais intensamente vivida e também menos controlada, podendo estes aspectos facilitar modos de agir que em outros locais não se manifestam (Silva, 1995).

Na família vivem-se muitos momentos em comum, as emoções e sentimentos, a intimidade. Partilham-se experiências, problemas e constroem-se projectos. O conhecimento das fragilidades dos seus elementos são bem conhecidos uns dos outros e este aspecto pode significar uma forma fácil de vingança e de agressão quando surgem situações conflituosas, que o casal não resolve de forma eficaz pela comunicação, entrando o conflito rapidamente em escalada (Gelles & Straus, 1988).

Até há cerca de 40 anos era do senso comum e difundido pelos especialistas em crime que o risco de violência se encontrava no espaço público e que o espaço privado da casa era seguro, a menos que fosse violado por alguém proveniente do espaço público com intuito malfeitor. Só depois da crescente revelação dos actos de violência provocados por pessoas afectivamente próximas da vítima, no espaço supostamente seguro da casa, é que a consciência do risco inerente ao espaço familiar se foi construindo (Machado & Gonçalves, 2002).

Giddens referido por Pais (2006) afirma que nas sociedades modernas o maior risco de agressão existe em casa.

A violência na família tem também sido designada por doméstica, afectando mais as mulheres, as crianças e os idosos, em diversas culturas e estratos sociais, considerada muitas vezes como natural das normas familiares (Ramos, 2004).

Este tipo de violência que ocorre no espaço partilhado pela família, onde interagem diversos sub-sistemas familiares, numa hierarquia de poder, é habitualmente dirigida ao mais dependente e vulnerável, pelo que detém mais poder. Esse poder maior relaciona-se com diversos aspectos que podem ser uma maior capacidade para exercer uma imposição ou coacção associadas à superioridade física e muitas vezes maior capacidade económica. Habitualmente este elemento considera o poder como um bem próprio que o legitima à sua utilização abusiva, sendo a mesma reforçada e legitimada pela auto-percepção da inexistência de sanções sobre ele próprio. Esta impunidade aprendida vai perpetuar o recurso a comportamentos de agressão sempre que considerar o seu poder ameaçado, provocando uma fractura nas relações familiares que se tornam desiguais, conflituosas e comprometem o bem-estar familiar (Gelles & Straus, 1988; Fischer, 1992).

“A família é espaço de protecção, de desenvolvimento, de afecto, de organização estrutural, emocional e identitária, mas é também espaço de opressão, de conflito, de destruturação e de violência, podendo constituir factor de protecção ou de risco” (Ramos, 2004, p. 56).

Ao longo dos tempos a organização social tem contribuído para uma verdadeira interacção de factores que permitiu a utilização de violência pelo marido sobre a esposa, e favoreceu a sua perpetuação. Neste sentido Gelles & Straus (1988, p. 26) referem-se ao *“casamento como uma licença para bater”*¹.

A histórica desigualdade de género que se expressa em diversas referências históricas, legais, religiosas, literárias, que exaltam a superioridade do homem sem que de forma tão marcada o façam em relação à mulher, a qual é referida sem ser considerada importante para a sociedade, mas antes pela sua condição de propriedade masculina e de submissão (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

O homem tem sido ao longo dos tempos considerado o elo social da família, atribuiu-se-lhe o domínio no espaço público e no espaço familiar enquanto à mulher se atribuem as responsabilidades domésticas e da família, o espaço privado.

¹ Tradução livre da autora

Os papéis de género tradicionais são favorecedores de uma hierarquização familiar rígida, baseada na superioridade masculina e pouco favorecedores da capacidade de desenvolver relações igualitárias, constituindo um maior risco de que a violência seja um instrumento de afirmação da masculinidade (Cook & Fontaine, 1990).

Pais (1994) e Silva (1995) afirmam a violência contra a mulher como histórica em quase todas as sociedades, e que nas sociedades ocidentais está também radicada na desigualdade entre homens e mulheres e traduzida nas concepções de poder masculino e de subordinação e inferioridade femininas.

A construção social de género fez-se com base na dicotomia homem-mulher, superior-inferior e nesse contexto, refere (Silva, 1995), que foi longo o tempo em que a violência conjugal foi ignorada pela opinião pública por ser considerada um assunto da esfera privada do casal e normal no seu seio.

De facto, durante várias décadas o problema da violência conjugal foi considerado assunto familiar privado, protegido do “olhar” social e mantido pelo silêncio das mulheres agredidas no interior das suas casas.

Foi uma situação legitimada por valores de uma cultura patriarcal dominante, sustentada na construção social de género e que enforma um modelo de convivência conjugal baseado na desigualdade entre os sexos e na sua hierarquização (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995; Matos 2002).

As questões sócio-culturais que estes autores apontam para a manutenção do silêncio e da aceitação que envolveram durante muitas décadas a violência conjugal, manifestam-se por exemplo em leis em tempos criadas, que traduziam o papel da mulher na sociedade e que se foi reproduzindo nas concepções individuais.

Apontamos algumas, baseando-nos em diversos autores e seleccionando aquelas que nos parecem mais elucidativas da inferioridade a que a mulher esteve votada durante muitos séculos:

Em Portugal na primeira metade do séc. XIX, era permitido, por lei, ao marido bater na mulher e, até ao final do mesmo século, o *Código Penal* considerava que o adultério, praticado pela mulher, era condição atenuante para o homicídio conjugal praticado pelo homem, sem que o inverso estivesse legalmente regulamentado (Silva, 1995).

A mesma autora, salienta que a mulher devia obediência e submissão ao seu marido, logo, quando essa não se manifestasse estava legitimado para corrigir esse aspecto com violência e que, este tipo de direitos do marido sobre a esposa, não foi exclusivo de Portugal. Outros países como os EUA e Inglaterra tiveram leis que traduziam a cultura de inferioridade da mulher em relação ao seu marido e o direito de a castigar. O castigo era mesmo considerado necessário e benéfico para a ordem familiar.

Nos EUA, o sociólogo Gillespie, referido por Gelles & Straus (1988) revelou que antes da Guerra Civil Americana “*as esposas americanas tinham muitos deveres e poucos direitos*”¹ e que os maridos eram considerados superiores e senhores. As mulheres não podiam ter propriedades próprias e todas as decisões familiares se centravam na pessoa do marido, até mesmo a decisão do divórcio (p. 32).

Em Inglaterra no séc. XVIII existiu uma lei que não só permitia ao marido bater na sua esposa como determinava a forma de o fazer, alertando para que não usasse na agressão nada mais grosso que o seu polegar. Foi por isso que ficou conhecida como a lei ou regra do polegar (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

Ao longo de várias gerações as agressões entre o casal, mais ou menos violentas, foram aceites como forma de o marido estabelecer ou de restabelecer a ordem no lar a partir de uma posição dominante de poder social e culturalmente conferida. Ele, marido, era o guardião da conduta da esposa e dos filhos e tinha a obrigação de a manter nos limites do social e moralmente desejado por uma sociedade patriarcal e se fosse necessário poderia punir qualquer desvio, corrigindo-o (Silva, 1995).

Esta forma de remeter ao “bom caminho” a esposa e os filhos pela força foi até considerada, pela mesma sociedade que lhe legitimava a agressão, uma forma de manifestação de “afecto e preocupação”.

Estas condutas foram veiculadas e a sua legitimidade perpetuada em provérbios populares portugueses como “entre marido e mulher ninguém meta a colher” e “quanto mais me bates mais gosto de ti”.

Conforme salienta Silva (1995) apesar de em Portugal, as mulheres terem o direito à igualdade legalmente salvaguardado há já algumas décadas, a tradição ainda impera na interacção familiar, com uma lenta mudança de comportamentos que se desejam

¹ Tradução livre da autora

mais consentâneos com a ideologia de igualdade entre os sexos na família e assim mais coerentes com aquela que se defende socialmente, mas que no privado não se subscreve.

A mesma autora salienta a continuidade do tradicional comportamento violento contra a mulher, ainda na actualidade, expressa nos discursos especialmente de pessoas com mais idade, que o consideram aceitável em determinadas situações e que, reportando-se a Cutileiro, “(...) *não é pelo senso comum, considerado um acto desviante na medida em que se sabe que é relativamente frequente e dele se fala entre mulheres com a tonalidade dramática do destino (...)*” (p. 91) .

A autorização ao castigo físico da mulher traduzida em muitos comportamentos e crenças masculinas tem sido facilitada na sua perpetuação por um outro factor salientado por Gelles & Straus (1988) e também por Silva (1995) e que se refere à privacidade em que a família contemporânea vive em relação ao meio comunitário e social.

A regulação do espaço social foi assumida por estruturas próprias que não alcançam a regulação do espaço privado, a qual é exercida pelos adultos de cada família.

A forma como é exercido esse poder de regular o espaço familiar foi sendo ocultado da restante sociedade, pelas condições arquitectónicas dos edifícios habitacionais, que isolam as famílias da comunidade. Este isolamento é favorecedor da falta de controlo e reprovação de comportamentos violentos, por agentes externos mas também pela privacidade no interior da habitação.

A este propósito Gelles & Straus (1988) referem que as pesquisas realizadas em diversas comunidades pela Antropóloga Beatrice Whiting, permitiram revelar que não existe violência familiar nas comunidades onde a vida familiar se mantém comunitária.

A família nuclear tradicional é composta por diversos elementos de uma forma relativamente equilibrada. Adultos dos dois sexos, diversas gerações, a dos pais e a dos filhos. Neste contexto coexistem diferentes necessidades individuais, inscritas num colectivo formado com base no amor mútuo, em interacção contínua de tempo e de espaço, na qual é necessário atender às necessidade de cada um e de todos, podendo a decisão ou a necessidade de um elemento colidir com as dos restantes gerando conflitos (Gelles & Straus, 1988).

Nas actuais condições estruturais de privacidade e de baixa possibilidade de censura social e mesmo familiar, a diferença de constituição física e de força entre os

elementos femininos e masculinos, como entre os elementos de diferentes idades como por exemplo entre pais e filhos, constituem segundo os mesmos autores, factores importantes no recurso à força, alimentado pelas crenças culturais de que os problemas familiares e as formas de resolução dos mesmos, só a cada família dizem respeito.

Relativamente à diferença de tamanho físico Gelles & Straus (1988) dizem que a análise que elaboraram ao comportamento de mães violentas com os seus filhos, lhes permitiu perceber que elas a deixam de praticar quando eles entram na adolescência, por medo da retaliação que nessa fase a superioridade física lhes permite.

Estes aspectos intrafamiliares, são ainda influenciados pela construção social do feminino e do masculino que enformam os papéis de género na família, considerados propiciadores do exercício do poder e que são alimentados por hábitos culturais de resolução de conflitos com recurso à violência e valorativos da punição física, como factor educacional e correctivo dos elementos da família dependentes, com menos poder e que é necessário controlar e disciplinar.

Assim sendo, estão criadas as condições não só para a ocorrência da violência mas, também para a sua impunidade, sendo estes aspectos importantes na sua manutenção e no risco de reprodução que os futuros adultos, criados em ambiente de violência familiar, poderão concretizar (Gelles & Straus, 1988).

Assim, a ligação afectiva próxima existente na família, constituída por pessoas com diferente compleição física e diferente possibilidade de exercício do poder representam condições que poderão contribuir para a utilização da violência.

O poder para exercer violência, qualquer que ela seja, na família não é exclusivo do homem e nem só a mulher é vítima sendo contudo a mais sujeita a ela. Um companheiro violento com a mulher é em muitos casos (cerca de metade) também violento com os filhos (Matos, 2002; Ramos, 2004) e as situações de violência conjugal aumentam o risco de violência ao longo da hierarquia familiar, no sentido descendente, podendo gerar uma cadeia de comportamentos violentos. A vitimação da mulher pelo companheiro, aumenta o risco de ela poder ser violenta com os filhos (Matos, 2002) assim como os irmãos entre si, referindo Gelles & Straus (1988) que ao nível da fratria é frequente a violência, mas que ela é desvalorizada pelos pais, o que traduz conceitos culturais de resolução não pacífica de problemas e considerado benéfico e estimulante da competitividade. Os mesmos autores apontam que um inquérito nacional (EUA)

realizado em 1960, sobre atitudes parentais de educação, mostrou que 86% dos adultos considerava necessário bater para educar e disciplinar os filhos e que em 10 adultos, 7 consideravam benéfico que os rapazes durante o crescimento participassem em algumas lutas. Do estudo realizado em 1975 por Gelles & Straus (1988) emergiu que um significativo número de americanos (mais de 70%) considerava que os castigos corporais eram necessários à educação das crianças. Com o mesmo propósito (Ramos, 2004) cita Amaro (1989) que mostrou que a concepção cultural do castigo como aspecto da educação e o direito dos pais para o fazer persistiam em Portugal.

Refere Fischer (1992) que é habitualmente na família que a criança tem contacto com a violência, pelas agressões dos pais a ela dirigidas ou entre eles, decorrentes de factores diversos como o stress quotidiano, conceitos culturais e religiosos em que a educação justifica a punição e por problemas sociais e psicológicos.

A socialização dos sexos em Portugal e a família de tradição patriarcal fazem com que ao nível da família se constitua uma hierarquia na qual o marido ocupa uma posição superior (AI, 2006) e a ameaça a essa posição superior pode ser punida com castigo corporal, culturalmente transmitida, aceite entre pais e filhos com o objectivo de “educar”, e que entre marido e mulher o objectivo é que pelo castigo, ela se lembre quem manda (Silva, 1995).

Ramos (2004) considera que existem factores individuais e familiares de risco para a utilização da violência no seio da família, os quais podem favorecer por reprodução um ciclo vicioso dificilmente quebrável e dos quais salientamos:

- A história pessoal e familiar, como por exemplo a experiência pessoal de maus-tratos e de violência entre os pais;
- Inadequado suporte familiar e comunitário;
- Carência económica e desemprego;
- Stress ambiental, psicológico e frustrações inerentes a dificuldades quotidianas;
- Abuso de álcool ou de drogas.

A violência na família, entre cônjuges e sobre as crianças, vai hipotecar o futuro de adultos saudáveis, ao nível físico e mental, plenamente capazes de construir uma vida social e familiar produtivas e reconfortantes. As implicações sobre os indivíduos

maltratados podem perdurar ao longo da vida e aumentam o risco de se tornarem pais violentos ou vítimas de violência (Ramos, 2004).

A violência sobretudo entre os pais é um factor major que predispõe as mulheres a que na idade adulta tolerem situações de violência infligidas pelos maridos e, a que os homens a exerçam sobre as esposas, pois integram estes comportamentos como normais nas relações afectivas (Gelles & Straus, 1988; Matos, 2002; Ramos, 2004).

Ramos (2004) salienta que muitas mulheres com experiência actual de violência conjugal, têm no seu passado experiência de diversos tipos de violência.

Um estudo nacional realizado nos EUA, em 1975 por Gelles & Straus (1988), revelou que um terço dos americanos e uma em quatro americanas consideravam normal e benéfico que dois companheiros íntimos batessem um no outro e que estes resultados ratificaram os de um outro estudo realizado no mesmo país, 15 anos antes, pelo *U.S. Commission on the causes and prevention of violence*.

Mas quer Ramos (2004) como estes autores fazem sobressair que não é linear que crianças maltratadas se venham a tornar jovens e adultos violentos ou vítimas, assim como existem muitas famílias onde não se recorre à violência, mesmo que imersas no mesmo meio sócio-cultural.

Ramos (2004) considera a existência de factores protectores em alguns casos, que potenciam o desenvolvimento futuro positivo, sendo a capacidade de resiliência importante e possível de ser estimulada nos indivíduos e nos grupos.

“A resiliência constitui um processo dinâmico e adaptativo que compreende a adaptação positiva numa situação de adversidade e em que os acontecimentos vividos pelo indivíduo podem contribuir para o seu desenvolvimento social, afectivo, cognitivo e físico.” (Ramos, 2004, p.133).

A mesma autora citando Kohler et al. (1995) salienta a influência que a cultura representa na expressão da resiliência, existindo variações na forma de lidar com as adversidades e de expressar o sofrimento. Na sociedade ocidental espera-se dos indivíduos o confronto com os problemas da vida, com autonomia, pelo que a resiliência se baseia na capacidade dos indivíduos em utilizar esses recursos.

A capacidade de resiliência tem estrita relação com processos internos e externos de cada indivíduo que podem ser factores protectores perante adversidades:

- *Consciência da sua auto-estima e auto-confiança:* O sentimento sobre si próprio em termos de valor pessoal é uma característica do indivíduo resiliente, favorece a interacção social e permite o equilíbrio e o bem-estar psicológico.
- *Consciência da sua auto-eficácia:* Permite ao indivíduo prever e planear, com confiança e convicção o desempenho de funções que acredita poder concretizar com sucesso.
- *Abordagens de resolução de problemas sociais:* Para o indivíduo o conseguir são favorecedoras as relações familiares e extra familiares de qualidade e, as experiências pessoais anteriores positivas. O suporte social é basilar, nomeadamente o apoio emocional que o indivíduo obtém dos seus familiares e das relações entre pares (Ramos, 2004 cit Rutter, 1990, 1993, 1994).

A ocorrência de violência na família é multifactorial e a mesma autora concretiza que sendo os factores de ordem individual, psicológica e familiar importantes existem ainda outros factores culturais subjacentes e também de natureza socioeconómica e ambiental.

Muitos desses factores contributivos para a violência conjugal e para a sua “aceitação” pela mulher radicam na desigualdade entre o género feminino e masculino em diversas áreas sociais (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

- A dependência económica da mulher que se dedica ao trabalho doméstico e a cuidar da família, ou se trabalha pela baixa possibilidade económica que possui para progredir com a sua vida sozinha, porque tem filhos a seu cargo que representam responsabilidades económicas para as quais ela não tem condições económicas para corresponder.

A maior dificuldade em conseguir emprego e a remuneração globalmente mais baixa nas remunerações femininas como já apresentámos no capítulo anterior.

- A socialização que a tornou também afectivamente dependente, necessitada de protecção masculina e quis que ela valorizasse acima de tudo o colectivo familiar e que resulta segundo Gelles & Straus (1988) de uma herança de séculos em que a mulher e os filhos foram considerados propriedade masculina.

- A estigmatização do divórcio e a culpabilização pela desarmonia familiar de que a mulher é alvo.

- O alheamento de familiares e vizinhos quando têm conhecimento do problema conjugal ou a pressão para a manutenção do casamento e para a resignação com a situação de agressões, situação também mostrada por Pais (1998) citada pela APAV (2003) cujo trabalho revelou que as mulheres agredidas pelo marido ou companheiro estão sujeitas a pressão familiar e social no sentido de se resignarem com a sua situação conjugal e que lhes é difícil serem bem sucedidas na denúncia do agressor (APAV, 2003), aspectos igualmente evidenciados por Silva (1995).

- A inoperância de estruturas sociais diversas com responsabilidades de intervenção, protecção e prevenção em situações de violência conjugal ou de risco.

Silva (1995) salienta a desilusão que a actuação das forças policiais provoca na mulher maltratada que a esses profissionais recorre pela ineficiência da actuação, a qual os próprios profissionais não acreditam ser válida pela frequente suspensão do processo de queixa ou por ele nunca ser formalmente iniciado.

Ramos (2004) refere que diversos estudos realizados em Inglaterra mostraram que existem dificuldades na intervenção de profissionais das forças de segurança e da justiça, por concepções culturais de desvalorização da violência doméstica como crime, por acreditarem ser um direito masculino e que em muitos casos eles próprios agridem a mulher ou têm concepções sobre a família, que os faz acreditar que não devem provocar nela uma ruptura.

Ambas as autoras reportam dificuldades de intervenção e passiva aceitação do fenómeno por outros profissionais nomeadamente da saúde, que centram a actuação no tratamento das consequências na saúde actual, e da intervenção social que se centram exclusivamente nas condições materiais da vida.

“As atitudes e as respostas inadequadas dos profissionais e serviços relativamente ao problema da violência familiar, nomeadamente conjugal revelam não só carência de informação e de consciencialização sobre este problema e as suas consequências mas reflectem igualmente uma certa ambivalência da sociedade em geral, sobre este tipo de violência.” (Ramos, 2004, p.66).

As dificuldades sociais e familiares que a mulher enfrenta, pelas referidas condições e o seu desejo de sobretudo acabar com a violência mantendo a relação afectiva, fazem com que mantenha a vivência de uma relação perturbadora durante muitos anos com a esperança de que a violência se resolva (Gelles & Straus, 1988;

Silva, 1995) e contribuem para que a violência conjugal continue a atingir um grande número de mulheres, que na actualidade já a denunciam em maior número e que é a nível internacional uma das causas de divórcio (Ramos, 2004).

Silva (1995) acrescenta que a mulher agredida não aceita as agressões do companheiro como “*destino*” nem sequer se torna passiva. Ela mais não faz que desempenhar o papel de género que lhe foi socialmente atribuído, porque para se libertar da violência ela sabe que pode expor-se a diversos riscos para cujo confronto não foi preparada. Risco de não ter apoio emocional e económico, de ter que sair de casa escondida pelo medo das retaliações do companheiro, de temer a perda da guarda dos filhos e não os querer abandonar e de deixar para trás as suas coisas, a sua casa. Destas condições dificultadoras da ruptura com o companheiro, não fazem parte o facto de considerar merecer as agressões, nem tampouco o facto de gostar do sofrimento que lhe provoca.

As consequências das agressões na saúde mental da mulher, como a destruição da auto-estima, a infelicidade e tristeza, o isolamento e a percepção de impotência, têm contribuído e alimentado um cruel estereótipo social de que se a mulher apanha é porque merece ou provocou ou porque gosta de apanhar, senão deixaria o agressor (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

Esta última autora diz-nos ainda que a ideia do masoquismo feminino foi difundida por homens da ciência, que apresentaram resultados de estudos sem rigor científico e com interpretações de índole patriarcal, reflectindo o senso comum de que a culpa da violência é da mulher, e que é ela que assim quer.

Neste sentido Gelles & Straus (1988) chamam a atenção para a ideia socialmente difundida de que amor e violência são incompatíveis, mas que é precisamente na relação amorosa que ela se manifesta e se repete, em qualquer etnia e classe social.

Outros mitos que são referidos por estes autores, são os que de quem bate naqueles que ama é porque é mentalmente desequilibrado ou porque bebe.

Diversos estudos têm demonstrado não existir uma relação de causa-efeito entre a violência e o consumo excessivo de álcool, se bem que esse tipo de consumo aumente a gravidade das agressões e seja referido por muitas mulheres maltratadas. Isso parece ser um resultado da constante procura de motivos para as agressões do companheiro que a mulher tem necessidade de fazer na tentativa de ela própria, e outros com ela

relacionados, perceber e lidar com a situação, mas também pela norma cultural de que quem bebe não pode ser responsabilizado pelo seu comportamento, por não ter noção dele (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

O mesmo tipo de crenças e de atitudes ocorre em relação à existência de violência motivada por doença do foro psiquiátrico, mas os mesmos autores salientam o baixo número de agressões decorrentes de alterações psicopatológicas e os estudos que têm sido realizados não evidenciam esse tipo de causalidade.

A desconstrução dos mitos sobre a violência na família e estereótipos dos seus protagonistas é um passo importante para a compreensão da violência familiar e a tomada de decisão adequada tanto ao nível dos indivíduos e sociedade em geral como ao nível político, também no sentido de a prevenir e combater (Gelles & Straus, 1988).

As sociedades parecem estar mais conscientes do problema da violência no mundo, difundida nas suas diversas formas, nomeadamente através da tecnologia de informação. Mais ou menos directamente convivem com ela e condenam-na mas, parece existir uma dualidade entre o que é socialmente condenável e o que continua a ser praticado, nomeadamente, ao nível da intimidade e da privacidade do lar.

“A violência pode encontrar-se em qualquer lar e em qualquer lugar. As vítimas pertencem a ambos os sexos, são novas ou velhas, ricas ou pobres, socialmente favorecidas ou não, politicamente influentes ou não.” (ONU, 2003).

Um estudo português, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido por Casimiro (2002), com o objectivo de estudar as representações sociais da violência conjugal, com participação de 30 mulheres, residentes em meio urbano mas de diferentes meios sociais (classificados em *desfavorecido* ou *privilegiado*), mostra a influência do meio social na representação da violência conjugal e dele apresentamos alguns aspectos que sobressaíram da representação das mulheres participantes.

A forma como as mulheres dos dois meios sociais abordaram e se expuseram foram diferentes. As mulheres do meio desfavorecido abordaram o assunto sem reservas, falaram na primeira pessoa das suas experiências, enquanto as de meio privilegiado se resguardaram e não recorreram na abordagem do assunto a experiências pessoais, fizeram-no de forma generalista.

As mulheres de franja social desfavorecida apresentaram a dicotomia homem/mulher marcada nos seus discursos, apelando a um colectivo feminino diferente do masculino, considerado agressivo.

As mesmas mulheres, relativamente ao tipo de violência, consideraram mais a dimensão física das agressões, praticadas pelo homem para magoar de forma premeditada, contínua e cada vez com mais frequência, apesar das promessas que lhes faziam e de elas acreditarem que a situação não se repetiria. Estas mulheres consideraram a violência inerente à natureza masculina e portanto inevitável, “*um destino e um modo de vida*”.

As mulheres da franja social privilegiada consideraram para além da violência física, a violência verbal, sexual, económica e particularmente a psicológica. Sobre esta última, não o fazendo claramente, deixaram transparecer que o protagonista pode ser tanto o homem como a mulher.

Enquanto as mulheres de franja social desfavorecida consideraram a violência masculina, continuada e intencional, as mulheres da franja social privilegiada consideraram-na inerente a constrangimentos e tensões da vida moderna, esporádica e não premeditada.

Os resultados obtidos pela autora permitiram-lhe ainda perceber que os actos de violência são mais tolerados pelas mulheres com graus de instrução mais baixos, diminuindo a tolerância à medida que aumenta o grau de instrução, económico e cultural.

As mulheres de ambos os meios sociais atribuíram diferentes graus de gravidade e de aceitação aos diversos actos de violência.

A gravidade da violência está mais conotada com a violência física para as mulheres do meio desfavorecido, que contudo reconheceram a violência verbal e psicológica, mas à qual atribuíram menor gravidade do que ao bater.

As mulheres do meio favorecido posicionaram-se de forma diferente, considerando grave a violência verbal e severa a violência psicológica, representada por desrespeito pela privacidade, falta de diálogo, chantagem emocional, domínio e imposição de ideias e decisões da vida do outro.

Neste estudo emergiram diferenças significativas ao nível das expectativas relativamente à relação com o cônjuge.

Revelando maior subserviência e dependência, as mulheres da franja social desfavorecida, tenderam a considerar o casamento como instituição, atribuindo um alto valor ao colectivo familiar.

A expectativa de uma relação baseada no companheirismo e propiciadora do desenvolvimento do casal mas também da sua individualidade foi a manifestada pelas mulheres da franja social privilegiada.

Dias (2004) baseando-se num estudo de Lourenço, Lisboa e Pais (1997) desenvolvido em Portugal, referidos no relatório da Amnistia Internacional (2006), salienta que:

- São as mulheres mais jovens, em idade reprodutiva e produtiva (18-34 anos), as mais atingidas pela violência;
- São os maridos ou companheiros os perpetradores da violência;
- Os agressores distribuem-se por idades dos 25 aos 54 anos e cometem a maioria das agressões em casa;
- Em meio peri-urbano existe uma percentagem ligeiramente superior de mulheres vítimas de violência, seguida do meio urbano (56,3% e 55,4% respectivamente);
- São mulheres com nível de habilitações literárias diverso, varia de alto a baixo. Os actos de violência são mais numerosos entre as mulheres operárias, seguindo-se-lhes as mulheres de quadros superiores, de profissões liberais, de escritórios e de serviços;
- As mulheres mais sujeitas a actos de agressão física são as de condição social mais baixa, enquanto os actos de agressão sexual atingem mais as mulheres de condição social mais alta. A agressão psicológica é transversal, atinge mais de metade das mulheres em Portugal e a sua intensidade aumenta com a utilização dos outros tipos de violência.

Estes dados permitem perceber a transversalidade da violência ao nível sócio-demográfico e a sua incidência em idades que correspondem a fases da vida em que as pessoas já formaram uma família, à qual devem assegurar afecto e segurança.

A fase etária da mulher maltratada é também aquela em que é esperado que seja laboralmente produtiva, podendo a violência conjugal comprometer essa função, por motivos de saúde como por exemplo absentismo por lesões que podem ser de duração variável (WHO, 2002).

Estudos sobre a problemática da violência no seio do casal, têm revelado que a violência entre companheiros, casados ou a viver maritalmente, não é exclusivamente praticada por homens contra as mulheres e vice-versa, acontecendo também entre companheiros homossexuais. Contudo, o número de homens maltratados por mulheres é significativamente menor, além do facto de a violência física do homem contra a mulher, provocar com frequência maiores repercussões ao nível da sua integridade física (Silva, 1995 cit Gelles).

A violência exercida mutuamente no seio do casal, requer segundo Alarcão (2000) referida por Matos (2002, p. 84) “*uma simetria de força física e psicológica entre homem e mulher.*”

Este aspecto é complementado por Gelles & Straus (1988) que confirmam a existência de violência conjugal contra o homem, mas ressalvando que a maioria é em resposta a agressões dos companheiros masculinos sobre as suas mulheres e portanto em auto-defesa.

Uma pesquisa realizada por estes autores, com entrevistas a 177 homens batidos pelas esposas, revelou que só uma pequena percentagem de homens referiu nunca ter sido violento para as mulheres e que um grande número desses homens tinha sido agredido e agressor.

Resultado semelhante foi obtido num inquérito aplicado a cinquenta e três homens e a sessenta e cinco mulheres, casados mas não casais, em que apesar de um terço dos homens e um terço das mulheres referirem experiências de violência no seio do seu casamento, só em dois casos eles foram agredidos, em outros dois as agressões foram mútuas e nos restantes foram sobre as mulheres (Silva, 1995).

Ravazola (1997) citado por Matos (2002) confirma que quando a mulher exerce violência de índole física contra o homem é frequentemente em auto-defesa, tal como Dobash (1992) citado por Heise (1994) que não só corrobora o mesmo facto, como acrescenta que habitualmente a mulher já sofreu um volume considerável de maus-tratos quando o faz.

A APAV (2003) citando um estudo realizado em Portugal por Pais (1998) mostra que homens e mulheres matam no âmbito de uma relação conjugal, mas que a maioria dos crimes de homicídio conjugal cometidos por mulheres são em auto-defesa e após longos anos de maus-tratos infligidos pelo marido ou companheiro, sendo este aspecto também revelado por Gelles & Straus (1988) que dizem também que os homens agressores que matam as companheiras, o fazem depois de longos anos de agressão e em momentos de ruptura da relação, representando o momento de ruptura também um risco do aumento de violência do companheiro.

Refere Silva (1995) que as histórias podem ser muitos diferentes, variam em gravidade e que acontecem actos de violência em consequência de uma discussão, como sem razão perceptível.

1.1. Definição e tipos de violência conjugal contra a mulher

Diversos termos têm sido utilizados para referir o fenómeno da violência conjugal como por exemplo maus-tratos; violência conjugal; violência contra mulheres, os quais têm associadas diferentes definições. Considerámos a apresentação das definições que nos parecem melhor traduzir os aspectos a investigar neste trabalho e que passamos a apresentar.

A Organização das Nações Unidas (ONU) na *Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres*, considera a violência contra a mulher, no artigo 1º da mesma como sendo:

*“(...) qualquer acto violento baseado no género que resulte ou tenha o intuito de provocar sofrimento físico, psicológico ou sexual que provoque sofrimento na mulher, incluindo coerção, privação da liberdade, tanto ocorridas na vida pública como na vida privada.”*¹ (1994, p.3).

No artigo 2º da mesma declaração determina que a violência engloba todos os actos violentos ao nível físico, sexual e psicológico produzidos na família, incluindo os maus-tratos e a violação marital, salientando que não se limitam aos descritos.

Matos (2002) reportando-se a Walker (1994) faz uma definição de maus-tratos, considerando diversas dimensões importantes na especificidade da violência conjugal,

¹ Tradução livre da autora

como o sexo do agressor, a intenção e o tempo, como se pode verificar pela transcrição que se apresenta: “*os maus-tratos são um padrão de controlo coercivo, envolvendo o exercício de poder e domínio, num relacionamento íntimo. Quer o agressor seja feminino, quer masculino, a sua intenção é dominar o outro, fazê-lo sentir-se subordinado, incompetente, sem valor e com medo. Estes comportamentos de violência podem ocorrer em episódios esporádicos ou crónicos, durante um certo período de tempo ou durante várias décadas*” (2002, p. 84).

Alexander (1993) referido pela mesma autora, na sua definição de maus-tratos inclui uma outra dimensão importante, atendendo às diversas formas actuais de formar família e reforça a intencionalidade do acto, incluindo a subjectividade do dano emocional e físico, resultando na seguinte definição:

“ (...) *algo que ocorre quando um marido, companheiro de facto ou coabitante inflige, deliberadamente, qualquer dano físico e/ou emocional sobre a sua esposa ou companheira.*” (2002, p. 84)

A intencionalidade do agressor na concretização do acto de agressão é também salientada por Alarcão (2000) que frisa que a utilização da violência, traduz sempre o exercício de poder com recurso à força, podendo essa força ser física, mas também psicológica e económica e que tem como objectivo último a submissão do agredido ou o reforço da posição dominante do agressor.

Assim, a violência a que chamamos conjugal contra a mulher, no sentido de a delimitar das restantes formas de violência na família, é considerada a violência concretizada por actos de agressão, traduzidos pelo uso da força, qualquer que ela seja (psicológica, económica, física), e que é intencional, causando maus-tratos à mulher, esposa ou companheira, traduzidos em sofrimento físico, psicológico e sexual, isoladamente ou combinados.

No contexto deste trabalho, estes actos de agressão são considerados os que são praticados sobre a mulher por um agressor do sexo masculino, com o qual convive de forma contínua e partilhada de casa e bens, no seio de uma relação afectiva, podendo ser marido ou companheiro, e aos quais doravante nos referiremos como companheiro ou cônjuge, aludindo ao aspecto da vida em comum e não à forma legal de união.

Um estudo português referente à prevalência da “*violência contra as mulheres*”, desenvolvido por Lourenço, Lisboa & Pais (1997) citado por Matos (2002, p. 89),

revelou que em Portugal as mulheres estão sujeitas a diversos tipos de maus-tratos conjugais, assim distribuídos:

- Violência psicológica – 50,7%;
- Violência sexual – 28,1%;
- Violência física – 6,7 %.

Os actos de agressão nas suas diversas formas de expressão podem ser utilizados isoladamente mas o padrão mais frequente é a sua associação, utilizada de forma contínua e arbitrária (Matos, 2002).

Antunes (2002) e Matos (2002) apontam que os maus-tratos são habitualmente múltiplos e que podem resultar de diversas formas de agressão:

- Agressões físicas – podem ser utilizados desde formas menos lesivas, como o empurrão, uma bofetada, um pontapé ou atirar coisas, a formas severas e lesivas da integridade física que podem resultar em lesões permanentes ou mesmo em morte;
- Agressões emocionais, verbais e psicológicas – provocados por acções e afirmações insultuosas, humilhantes, que diminuem a auto-estima e rebaixam as capacidades da mulher em diversas áreas da vida. Muitas formas de agressão psicológica podem ainda ser utilizadas:

- Isolamento social – conseguido através do controlo da vida e comportamento do cônjuge, da imposição, de limitação ou proibição de contactos familiares, do acesso ao telefone e pela negação de acesso a cuidados de saúde;

- Intimidação – pode ser executada por diversas acções (e.g. destruir pertences do cônjuge, maltratar o seu animal de estimação, exhibir armas) e por olhares e outros no sentido de assustar;

- Comportamentos e atitudes baseados em crenças machistas como negar o reconhecimento da companheira como igual, tratá-la como uma serva ao seu dispor e não lhe permitir participar nas decisões do casal nem definir a sua vida própria;

- Ameaças através de acções ou palavras que podem supor risco para a integridade física do próprio ou da mulher e de prejuízos financeiros ou outros como por exemplo ameaçar retirar-lhe os filhos;

- Controlo económico que pode ser exercido pelo impedimento de acesso ao dinheiro ou a outros recursos básicos, pelo impedimento à participação laboral da companheira ou dificultando-lhe a manutenção do emprego, ou ainda apossar-se do dinheiro por ela ganho.

- A violência sexual com uso da força física, ou não, para obrigar a práticas sexuais contra a vontade da mulher.

A relação entre violência física e sexual tem sido revelada por diversas investigações internacionais, confirmando a existência de maior risco de violação nas mulheres com relações de conjugalidade em que existe violência física (Pereira, Matos & Machado, 2006).

Para o agressor, referem as mesmas autoras reportando-se a Bergen (1996), esse comportamento sexual tem raiz na consideração do sexo com a companheira como um direito e representa uma forma de exercer controlo e também de a castigar.

A dificuldade que muitas vezes as mulheres têm em reconhecer este tipo de agressão radica segundo as mesmas autoras e também Dantas-Berger & Giffin (2005) na enculturação da mulher como ser passivo, desejando o sexo inscrito numa relação afectiva, enquanto o homem é enculturado para a actividade, para o desejo sexual pela mulher como seu objecto de prazer.

Salientam ainda que a manutenção destas formas tradicionais de encarar a sexualidade se têm mantido, apesar das muitas transições que as sociedades contemporâneas têm feito nas questões de género.

Ramos (2004) aponta a dificuldade das mulheres reconhecerem o abuso sexual e a violação, como agressões por considerarem que a entrega sexual ao seu companheiro é sua obrigação e Pereira, Matos & Machado (2006) referem que é a ajuda externa que permite a muitas mulheres descortinar que sofreram actos de violação ou então, percebem-na quando as relações conjugais se revestem de actos mais violentos.

A autora enfatiza a necessidade de legislar a violação conjugal como crime, que é omissa no actual *Código Penal Português*, mas que deverá ser sobretudo integrada como tal na consciência das pessoas.

1.2. Dinâmica da relação conjugal violenta

As mulheres que são batidas pelos companheiros, são-no numa relação de afectividade, de intimidade conjugal que permite a proximidade e em ambiente privado, mas fora de casa, os mesmos homens que agredem as suas mulheres, não resolvem os problemas e conflitos descontrolando-se ao ponto de se permitirem a utilização da força física tal como o fazem em casa, com quem com eles partilha a vida afectiva (Silva, 1995).

Fazem-no, segundo a mesma autora, por concepções tradicionais sobre o papel da mulher e do homem e porque aprenderam que a violência não só não é censurada e punida como, acrescentam Gelles & Straus (1988), lhes permite rapidamente livrarem-se de um problema, desvalorizando uma forma pacífica de resolução, através da conversação.

A comunicação é um processo fundador e propiciador da relação e da sua manutenção, pois influencia o comportamento e permite reformular e repensar a relação, num processo contínuo, dinâmico e bidireccional (Ramos, 2004).

A mesma autora referindo Bateson (1981,1985) salienta que a comunicação sistémica entende a comunicação como um processo, no qual se distinguem dois níveis de significação. Um deles situa-se ao nível da informação e do conteúdo da mensagem, sob a forma verbal e não-verbal e, o outro nível de significação é o que faz emergir o contexto relacional entre as pessoas envolvidas no acto relacional, o padrão de interacção.

Assim, facilmente se torna evidente a importância da comunicação no casal e o seu potencial na resolução de problemas, na negociação de normas, no esclarecimento de situações, que vão permitir ao casal redefinir constantemente a sua relação no sentido de uma maior satisfação relacional, já que conforme salienta Ramos (2004) citando Ramos (2001, 2003): *“uma parte dos problemas e disfuncionamentos ao nível relacional e psicológico está relacionada com problemas de comunicação”* (2004, p. 297).

A necessidade de exercer poder sobre a esposa e de controlar a relação, aliada à limitação pessoal para a resolução de conflitos interpessoais através da negociação, contribui para a utilização da violência perante o surgimento desses mesmos conflitos no sentido de rapidamente os mesmos serem resolvidos. O casal não resolve

positivamente o conflito, mas o agressor pensa ter-se livrado dele pela submissão da esposa à sua vontade ou imposição (Gelles & Straus, 1988).

Refere Alarcão (2000) que não é a situação conflituosa a verdadeira razão da explosão da violência, é antes a recusa de a entender como inevitável da dinâmica conjugal, que adequadamente resolvida pela metacomunicação permite o reequilíbrio e o crescimento do sistema conjugal.

Aquilo que sobressai na problemática da violência é que não parece ser o motivo em si que a faz explodir, inexistindo especificidade na etiologia dos actos violentos, que diferem de família para família, mas que são muito diversos mesmo no seio de uma mesma família.

A violência do marido sobre a esposa pode ser originada por diversas situações, não havendo um padrão específico, o que torna a sua previsibilidade difícil para a mulher (Gelles & Straus, 1988).

Também Matos (2002) salienta o mesmo aspecto, referindo a violência conjugal como contínua e isenta de regras, porquanto qualquer tipo de acontecimento pode provocá-la numa circularidade constante.

O que segundo estes autores parece ser comum é que a violência se desenvolve num continuum crescente em intensidade e em frequência.

O primeiro episódio pode ser iniciado em consequência de uma palavra, um empurrão ou uma bofetada, mas com o passar do tempo acontecem espancamentos mais violentos e o marido pode mesmo cometer homicídio. O padrão habitual da escalada da violência relaciona-se com o aumento da gravidade das lesões físicas e ao aumento da frequência dos episódios violentos (Antunes, 2002).

Conforme já apresentámos são diversas as formas de exercer violência na conjugalidade. As agressões físicas são aquelas que a mulher mais facilmente identifica e que podem deixar lesões físicas que a comprovam. Mas a agressão de cariz psicológico e sexual podem não deixar “provas” imediatas, nomeadamente a primeira, mas são altamente destrutivas da saúde mental da mulher (Ramos, 2004).

Matos (2002) refere que a violência conjugal assume habitualmente uma dinâmica caracterizada por múltiplas agressões com diversas formas de violência associadas ou isoladas.

Depois do início da união entre os companheiros, baseada na escolha mútua livre e no amor, as mulheres são habitualmente surpreendidas em fase precoce da relação pelas agressões daquele que amam e com quem desejam partilhar a sua vida familiar e afectiva.

A agressão à mulher, fisicamente mais fraca e que aprendeu que o seu papel é subalterno ao do marido, fá-la sentir-se perplexa e intimidada pelo comportamento daquele que ama e numa perspectiva de amor romântico e de ideal familiar não quer e não pode muitas vezes afrontar o companheiro, submetendo-se à sua vontade para lhe serenar o ânimo e se livrar da agressão (Silva, 1995).

Este comportamento é uma verdadeira ilusão, pois o resultado dele decorrente não é o tão desejado melhoramento da relação, o resultado é o oposto. Ao perceber a submissão da companheira e a falta de controlo e punição do seu comportamento, o agressor vai sentir reforçado o seu poder (Silva, 1995).

A este reforço de poder alia-se a percepção de libertação de um problema de forma rápida, pois conseguiu que ela se submetesse e foi recompensado com a satisfação dos seus desejos e gostos pessoais. Desta forma a manutenção do poder, a capacidade de controlar e de ser agradado funcionam como forma de conseguir auto-estima que muitas vezes não é obtida nas restantes áreas da vida pessoal como por exemplo na laboral, ou então, nos casos em que o reconhecimento social ou laboral da mulher é maior que o seu, obter uma forma equilíbrio através do seu poder dentro de casa e sobre ela (Gelles & Straus, 1988).

A perplexidade, a vergonha e a humilhação são sentimentos frequentes nesta situação e, fazem a mulher remeter-se ao silêncio. Neste silêncio a mulher procura em si os motivos que a colocaram naquela situação auto-culpabilizando-se pelo sucedido, sendo frequentemente este o principal motivo que as impede de reagir (Gelles & Straus, 1988; Silva, 1995).

“Atribuir-se a si própria culpa do que está a acontecer ou auto-culpabilizar-se é um tipo de reacção frequente entre as esposas agredidas que começam a procurar no seu próprio comportamento atitudes possíveis para explicar o comportamento agressivo do companheiro. É uma resposta adaptativa que corresponde à necessidade psicológica das pessoas se julgarem capazes de controlar aquilo que lhes acontece, de preservarem a sua confiança num mundo onde as coisas não acontecem por acaso e de

atribuir um significado a acontecimentos que de outra forma seriam inexplicáveis” (Silva, 1995, p. 117).

A mesma autora faz sobressair que o isolamento em que muitas mulheres se encontram, conduz ao sentimento de impotência. Esse isolamento pode dever-se à necessidade da mulher manter em segredo o que consigo se passa, mas também pelo isolamento que o próprio companheiro lhe foi impondo, por ciúme e com ameaças, no sentido de ele preservar a sua impunidade.

Matos (2002) salienta a percepção de ineficácia e de impotência da mulher em situação de violência conjugal são também decorrentes da própria dinâmica conjugal. “(...) *não serem batidas a cada minuto do dia (...)*” (p.85) e perceberem que não são capazes de antecipar o motivo da violência do companheiro, para o evitar.

Desta forma a mulher vai-se submetendo ao companheiro, esperando agradá-lo, tenta antecipar os seus desejos, cumprir as suas vontades, evitar o ciúme, na tentativa de que ele não volte a recorrer à violência. Mas aquilo que acontece é que duplamente seguro do seu poder e impunidade, o seu companheiro vai gerar ainda mais medo nela.

Assim isolada e sentindo-se impotente a mulher agredida desenvolve uma síndrome semelhante à “*Síndrome de Estocolmo*” em que a vítima desenvolve uma ligação afectiva com o raptor, e nessa ligação encontra a justificação da negação da situação de violência conjugal que a afecta, desenvolve medo da interferência de terceiros e reforça as atitudes de agrado para com o companheiro, tornando-se cada vez mais vulnerável (Silva, 1995).

“*A aprendizagem da vulnerabilidade*” é um modelo da área da vitimologia, explicativo do condicionalismo da mulher agredida se manter na relação e, que é explicado “ (...) *o bloqueio emocional e a passividade como perturbações reactivas desenvolvidas no decurso de uma experiência repetida de acontecimentos violentos incontroláveis. (...) a reacção passiva da mulher resultará assim da aprendizagem de que é inútil reagir e do descrédito nas possibilidades de sucesso de qualquer intervenção*” (*ibidem* p.119).

A vulnerabilidade e a passividade vão sendo desenvolvidas com o tempo, um tempo alternadamente vivido com momentos de satisfação e momentos de violência. A mulher agredida é-o pela proximidade afectiva ao companheiro, a quem ela ama, com quem quer que a situação se resolva, com quem quer ser feliz. E ele durante a relação

violenta faz por vezes juras de amor, diz-se arrependido, e ela acredita quando ele diz que está arrependido e que vai mudar.

1.2.1. O ciclo da violência conjugal

Nos casais onde existe violência, ela não acontece de forma constante, nem fortuita, conforme explicou Walker na sua teoria sobre o “*ciclo da violência*” (Gelles & Straus, 1988).

O ciclo da violência expõe as três fases que constituem o episódio violento:

1ª Fase – Corresponde ao período de aumento e acumulação da tensão. Durante esta fase existem manifestações “menores” de violência, tais como as agressões verbais e as ameaças. A mulher tenta evitar a violência acalmando o marido através da satisfação das suas necessidades e desejos, que tenta antecipar. Pensa que desta forma poderá evitar a escalada, mas ela acaba por suceder, apesar de tudo, pelo que a mulher se culpa por considerar não ter sido capaz de evitar a passagem à segunda fase.

2ª Fase – Nesta fase acontece a descarga explosiva e incontrolável da tensão acumulada e a mulher é agredida, podendo a gravidade da agressão ser variável. Refere Silva (1995) que muitas mulheres provocam a precipitação desta fase, pela experiência acumulada lhes ter ensinado a sua inevitabilidade e pelo medo, raiva e ansiedade sentidos em crescendo durante a fase precedente. A experiência de maus-tratos também lhes ensinou que após o episódio violento se segue um período de acalmia.

3ª Fase – Esta fase, a última, tem sido classificada como a fase de “lua de mel” pois corresponde à manifestação de arrependimento do agressor, que se torna delicado, atencioso e apaixonado numa tentativa de compensar a sua esposa. Mostra-se determinado a mudar o comportamento e faz promessas de que não a voltará a agredir.

A esposa acredita nas promessas de alteração de comportamento e no amor que ele diz ter por ela, mas quando ela começa a agir de forma mais liberta da pressão do companheiro, ele sente que ela está a ultrapassar o limite e que tem a responsabilidade de corrigir esse aspecto. Começa novamente o ciclo, que se repetirá sucessivamente.

A relação violenta vai assim evoluindo no tempo, em escalada contínua, com episódios violentos cada vez mais frequentes e com agressões mais graves.

Este ciclo infernal dura em grande parte dos casos, vários anos, atendendo aos dados estatísticos do tempo de vitimação, que apresentamos no quadro nº 2.

Quadro nº 2 – Duração da vitimação distribuída por anos

ANO DURAÇÃO DA VITIMAÇÃO	2003	2004	2005
Até 1 ano	16%	16,6%	32,2%
Entre 1 e 10 anos	32,8%	31,2%	28,4%
Mais de 10 anos	51,2%	52,2%	48,4%

Fonte: Estatísticas nacionais da APAV relativas ao ano de 2005

Segundo os dados Nacionais da APAV (2006) as mulheres parecem estar a identificar a situação de vitimação mais cedo, denunciando a relação violenta mais precocemente. Contudo, existe um considerável número de casos de vitimação longos, as mulheres vitimadas durante dois a dez anos são 21,5% do total de denúncias à APAV no ano de 2006.

A violência conjugal contra a mulher inicia-se no primeiro ano de relação em praticamente metade dos casos, com episódios reincidentes. A duração da relação desde o início da violência até à denuncia varia de cinco a dez anos (Fernández Alonso et al., 2003).

Gelles & Straus (1988) consideram que as mulheres vitimadas pelo cônjuge podem tornar-se, elas próprias, violentas e matarem-no em auto-defesa ou por retaliação de muitos anos de violência sobre elas e de sofrimento.

Portugal (2000) referindo um estudo português de Pais (1998) sobre o homicídio conjugal expõe que mais de metade das mulheres (26 de um total de 43) a cumprir pena

pelo referido crime, o cometeram após maus-tratos continuados por parte do companheiro.

1.2.2. Perfil de vitimador e de vítima na relação conjugal violenta

Baseando-nos nos dados da APAV (2005) podemos concluir que os agressores conhecidos, ou seja os que foram denunciados, são na sua maioria homens (89%), adultos em idade activa e empregados. Também as mulheres agredidas são empregadas e em idade activa.

As habilitações literárias e as profissões são diversas e há vítimas e vitimadores em todas elas.

68% dos agressores têm uma relação afectiva com a vítima, sendo casado ou em união de facto e tende a cometer as agressões de forma continuada, em casa do casal ou na da vítima.

Matos (2002) faz sobressair a importância da avaliação do risco que existe na relação conjugal violenta, no sentido de proporcionar a maior segurança à mulher e aos filhos e de prevenir a recorrência da violência.

Nesse sentido vamos apresentar alguns dos riscos que a autora apresenta chamando a atenção para o facto de não serem taxativos. São potenciais uma vez que eles podem, ou não, reverter-se em risco real:

- *Violência na família de origem* – Presenciada ou vivida é um factor de risco considerável de violência na relação conjugal;
- *Nível sócio-económico* – Nas pessoas com menos recursos educacionais e económicos existe uma maior visibilidade da violência do homem sobre a mulher, pois são conhecidos mais casos nas classes com menos recursos. Porém, também existem nas mais favorecidas. Ao nível da capacidade sócio-económica, o risco de violência masculina é maior quando a mulher detém mais recursos educacionais e económicos que o seu companheiro.
- *Consumo habitual e excessivo de álcool* – Existem estudos que apontam para a diminuição do risco em pessoas com intoxicação severa aguda por álcool, mas deve ser tido em consideração pela frequente referência a consumo de álcool em agressores e por representar a possibilidade de agressões mais graves.

- *Uso de drogas* – Tal como o álcool pode ser um factor de maior risco para agressões mais lesivas.
- *Dificuldades de assertividade, sinais de irritação e frustração* são outros factores a considerar na avaliação de risco de violência conjugal contra a mulher.
- *Existência de violência contra os filhos* – Existe frequentemente associada à violência conjugal, pois verifica-se que cerca de metade dos homens que batem na companheira, também o fazem aos filhos. A este aspecto associa-se um maior risco de maltrato materno aos filhos, pelas mulheres agredidas pelo companheiro.
- *Normas culturais* – Crença na legitimidade e eficácia da violência como recurso na interacção pessoal; desigualdade de género e de poder, inscrita na relação conjugal regida por normas patriarcais.
- *Comportamento social violento* – É um sinal de maior risco e de maior gravidade, se o agressor utilizar a violência no meio familiar e no meio social.

Gelles & Straus (1988) relativamente à tentativa de explicar a violência conjugal a partir de um eventual perfil psicológico da vítima, caracterizado pela baixa auto-estima, dependência e depressão referem que a construção desse perfil decorre de investigações por vezes conduzidas de forma inadequada, nomeadamente, por reduzidas amostras e generalização desses resultados. Por outro lado, muitos dos estudos são realizados à posteriori, pelo que não é possível compreender se o perfil obtido é resultado da violência a que a mulher é sujeita ou se era prévio à mesma.

Matos (2002) refere que o risco de reincidência de violência conjugal contra a mulher é multicircunstancial. A dinâmica comum da violência conjugal é caracterizada por um progressivo agravamento em frequência e em gravidade. O risco de o agressor reincidir é por isso elevado, na mesma relação afectiva e em relações seguintes com outras companheiras. A maior vulnerabilidade da mulher à violência do companheiro está relacionada com:

- *Descrença nas autoridades*
- *Legitimação e impunidade social do comportamento do maltratante*

- *Momento de saída da mulher da relação* – Este momento representa também risco para a vida da mulher, já que é considerável a ocorrência de homicídio conjugal praticado por homens resultante dessa circunstância. Esse risco pode evidenciar-se maior se puder ser relacionado com antecedentes de agressões severas, ameaças de morte, possuir armas, obsessão, ciúme e dominação masculinas, isolamento e depressão, fantasias de suicídio e de homicídio. Além do risco de homicídio da companheira, pode haver risco de suicídio do agressor após a matar. Outra circunstância a considerar é ser a mulher a cometer homicídio conjugal para se libertar dos maus-tratos.

Um estudo de abordagem qualitativa de Matos e Gonçalves (1999) com 12 mulheres vítimas de maus-tratos - 6 a viver com o companheiro e 6 que tinham posto fim à relação - revela a necessidade da tomada de consciência sobre as identidades e direitos individuais que proporcione *empowerment* às mulheres para que possam sustentar relações de género igualitárias.

1.3. Factores psicossociais dificultadores da ruptura da relação conjugal violenta

As circunstâncias afectivas e emocionais em que a mulher agredida vai imergindo e que a limitam na tomada de decisão para modificar a situação são ainda dificultadas pela sociedade em geral, pela actuação de instituições que supostamente existem para ajudar a mulher mas que lhe são por vezes hostis e se revelam pouco eficazes.

Se as condições dificultadoras para a mulher radicam em aspectos culturais que a preparam para se sentir dependente do seu companheiro e para a necessidade de viver com um, para ser protegida e por aspectos psicológicos, como o medo e a vergonha, existem segundo SILVA (1995) outros aspectos sociais e culturais contributivos de considerável importância e que explicam porque muitas mulheres se sentem impotentes para deixar a relação.

Esta autora manifesta que a atitude comunitária, de vizinhos e de familiares não é favorecedora do recurso da mulher no sentido de obter ajuda, pois a comunidade pressiona a mulher para a manutenção do casamento, responsabiliza-a pela harmonia familiar e impele-a à resignação.

A Amnistia Internacional Portuguesa (AI) (2006) refere como aspectos contributivos para essa dificuldade, os seguintes:

- Medo provocado por ameaças de morte e de castigo pelo “*abandono*”;
- Dependência económica, particularmente quando o casal tem filhos;
- O casal ter filhos e a crença de que é melhor mantê-los com o pai;
- Baixa auto-estima provocada pelo comportamento do agressor;
- Isolamento pela falta de apoio familiar e social e percepção de descrédito próprio junto das instituições sociais e de segurança;
- Pressão familiar exercida pelo agressor que age no sentido de fazer crer que o problema é culpa dela;
- Aprendizagem da violência que faz com que as mulheres que cresceram num ambiente violento, a entendam como normal nas relações conjugais;
- O amor que a mulher sente pelo companheiro e o desejo de melhorar a relação;
- Papéis tradicionais de género que responsabilizam a mulher pela casa e família.

Diversos autores (Gelles & Straus, 1988; Ramos, 2004; Silva, 1995) chamam a atenção para a enculturação numa sociedade centrada no poder masculino manifesta em profissionais, que no âmbito do atendimento a mulheres sujeitas a violência conjugal a expressam subjacente às suas práticas profissionais contribuindo para o reforço do medo e do sentimento de impotência e de descrédito.

Para Silva (1995) este aspecto é potenciado pela estigmatização de que o divórcio ainda se reveste; pela dependência económica da mulher e pelo medo de prejudicar o bem-estar dos filhos.

A dependência económica pode ser provocada por situação de ordenado que não permite à mulher enfrentar uma nova vida sozinha, muitas vezes com filhos a cargo e também pelo facto de em alguns casos as mulheres em consequência da violência perderem o emprego, por despedimento ou por condições que não lhes permitam cumprir com a responsabilidade laboral como:

- Assédio do companheiro no local de emprego por telefonemas, visitas;
- Baixas prolongadas;
- Baixa capacidade de concentração no trabalho e consequentemente baixa produtividade;

- Sequestro em casa (AI, 2006).

A par destes aspectos existe o medo da mulher se sentir desprotegida e por isso continuar a ser alvo de violência após a separação ou divórcio, temendo pela própria vida mas também pelos filhos que são muitas vezes também alvo da violência do pai (Ramos, 2004).

Gelles & Straus (1988) mostram que muitas mulheres não chamam a polícia por vergonha e por receio de serem notícia na comunicação social. Referem ainda que a polícia incita à reconciliação, desvaloriza a gravidade do acto, desprotege a vítima por exemplo permitindo ao agressor sair de casa por momentos para se acalmar e regressar mais tarde, já depois de a polícia ter saído e, notaram também que existem casos em que o agressor é ele próprio polícia, o que inibe as vítimas de solicitar ajuda.

Também Silva (1995) salienta a mesma atitude cultural em polícias mas também nos tribunais, onde as queixas de violência conjugal parecem merecer menos atenção e punição do que actos de violência em que os envolvidos não são familiares.

A mesma autora aponta ainda como dificuldades destes profissionais o facto de terem possibilidade de actuação limitada (por exemplo não poderem entrar em casa mesmo quando chamados por violência ocorrida na mesma); necessidade de provas e de queixa escrita que muitas vezes a mulher não quer fazer, porque não pretende que o marido seja julgado e preso, mas sim que ele deixe de a agredir para puderem viver os afectos que os unem.

A pressão e o desgaste da mulher face à perspectiva de provas daquilo que tanto a faz sofrer, processos longos, medo do futuro, amor pelo companheiro, pressão marital para não proceder à queixa ou dela desistir, são aspectos que requerem dos profissionais que com estas mulheres lidam, formação e preparação para puderem melhor compreender o fenómeno e os capacitar para actuar de forma mais eficiente, mas que devem ser acompanhados de medidas legais adequadas e de uma intervenção social para a consciencialização do problema por toda a sociedade, para o mesmo não se perpetue alimentado pela tolerância social da actualidade (Silva, 1995).

A violência contra a mulher tem graves custos sociais, por ser um obstáculo à participação social plena devido ao compromisso da sua auto-confiança, ao seu desgaste físico e psicológico e por comprometer a sua saúde (Heise, 1994).

2. ABORDAGENS TEÓRICAS DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

A violência conjugal é um problema multicontextual e complexo que tem sido estudado à luz de diferentes definições e metodologias de investigação, pelo que as diversas teorias produzidas não têm conseguido explicar as causas de forma consensual (Matos, 2002).

De entre os modelos teóricos de abordagem à etiologia dos maus-tratos conjugais, baseando-nos na mesma autora, iremos salientar alguns:

- **Perspectivas intra-individuais**

As teorias que se centram nesta perspectiva caracterizam-se por focar a atenção no agressor e algumas também na vítima. Nelas destacam-se as características individuais do indivíduo agressor, tentam compreender o seu comportamento, e em simultâneo pretendem obter o perfil psicológico da mulher e o que a impele a suportar as agressões.

Ao preocuparem-se em encontrar alterações individuais explicativas situam-se numa abordagem psicopatológica do problema.

Estas teorias sustentam que os homens agressores o são por traços da personalidade, como dificuldades de comunicação e de empatia, dificuldade para lidar e gerir o stress, baixa auto-estima e escassos recursos ao nível das competências sociais, ou, por apresentarem quadros patológicos como psicopatia e depressão, sendo frequente a referência a consumo de drogas e de álcool.

Walker (1994) referido pela mesma autora sublinha o facto de que só um pequeno número de agressões (10%) se relacionar com doença do foro psiquiátrico, o que é também afirmado por Gelles & Straus (1988) que acrescentam que nos restantes 90% não existem condições psicopatológicas.

Estes mesmos investigadores fazem referência à frequente atribuição da causa de violência pelas vítimas ao consumo de substâncias aditivas que alteram o comportamento (álcool, cocaína, crack, heroína, anfetaminas). Estas ideias não são mais, no entender desses autores, que uma ideia cultural que tradicionalmente tem servido para desculpabilizar e desresponsabilizar o agressor pelos seus actos. Reportando-se aos resultados da investigação, com amostra representativa por eles

realizada em 1985, consideram que a ingestão excessiva de álcool não é a causa do comportamento violento contra a mulher, mas uma ingestão moderada pode aumentar o risco de violência e formas mais graves de agressão. Referem um estudo de Bard (1974) com homens detidos por agressão conjugal. Este revelou que metade deles alegava ter bebido álcool em excesso, mas que a taxa de alcoolemia só atingia valores considerados intoxicação em menos de 20%. Gelles & Straus (1988) consideram difícil estabelecer uma relação directa entre consumo de drogas e violência conjugal mas que existe alguma evidência de que as drogas como a heroína, marijuana e LSD não provocam comportamento violento, mas as anfetaminas, dependendo da dose e personalidade do indivíduo, podem potenciar a propensão à violência.

Assim, é necessário diagnosticar esses consumos, pois representam um factor de risco para o exercício da violência com repercussões mais graves na vítima. Devem, contudo, ser considerados como dois problemas distintos embora possam coexistir em grande percentagem de casos de violência conjugal.

Fischer (1992) alerta para a necessidade de contextualizar a personalidade do agressor no seu meio, considerando assim a multiplicidade de factores em interacção.

Relativamente à vítima, esta teoria pretende explicar a violência que ela sofre a partir das características individuais, como por exemplo a sua fragilidade e passividade ou pela justificação do seu comportamento tolerante aos maus-tratos ser do foro patológico.

Estas explicações têm sido relegadas porquanto culpabilizam a mulher maltratada, justificando a violência que sofrem como masoquista. Por outro lado, ao considerar o agressor doente, desresponsabiliza-o e legitima a sua acção, contribuindo para manter o problema ao nível da esfera familiar.

▪ **Perspectivas diádicas-familiares**

As teorias que se inscrevem nestas perspectivas sustentam que a causa e explicação do comportamento violento têm origem nas interacções.

Foram produzidas diversas teorias psico-sociológicas como a teoria da frustração-agressão, a teoria da interacção simbólica, a teoria da troca e a teoria das atribuições, tendo cada uma delas contribuído com conhecimentos que permitem equacionar e

reflectir o problema da violência conjugal a diferentes níveis, complementares. Por exemplo, representações sociais que constituem resistência à mudança no âmbito da violência familiar, decorrente da teoria da interação simbólica, ou a relação benefício/custo da violência que socialmente favorece o agressor pois os custos são baixos, ou seja, o agressor não é punido pelos actos ilícitos que comete no seio familiar.

Desta perspectiva, a autora destaca a teoria intergeracional da violência que, tendo implícita a noção de aprendizagem social, postula que a vitimação na infância favorece a sua perpetuação. Esta teoria assenta no conceito de aprendizagem social, segundo o qual o indivíduo é produto do contexto social, enfatizando o papel da família no reforço, modelagem e coacção de valores e comportamentos que viabilizam a violência.

A teoria intergeracional da violência defende que os homens que cresceram num contexto familiar, sofrendo maus-tratos ou testemunhando-os, têm fortes possibilidades de se tornarem maltratantes. Relativamente às mulheres, sustenta que esse tipo de vivência familiar durante a infância é precursora de baixa auto-estima e propiciadora da aceitação da violência no contexto das relações afectivas.

Esta teoria apresenta maior evidência para os homens do que para as mulheres, não sendo contudo linear para os primeiros, mas sim um factor de risco.

A mais valia desta teoria é proporcionar o conhecimento de situações da vida que podem representar risco, permitindo a prevenção da violência familiar. Mas segundo a autora, esta tese necessita de mais evidência científica, pois um ambiente violento nem sempre determina um adulto violento, existindo múltiplos factores mediadores, como por exemplo contactos com outros modelos masculinos não violentos.

▪ **Perspectivas sócio-culturais**

Estas perspectivas explicativas consideram na análise dos maus-tratos à mulher, factores históricos, sociais, culturais e políticos.

Segundo esta perspectiva, o problema dos maus-tratos conjugais tem origem nas relações de género desiguais construídas ao longo da história e assentes numa sociedade patriarcal. A autora evidencia que diversos estudos antropológicos desenvolvidos em diferentes culturas têm contribuído para o estabelecimento de uma relação entre igualdade entre os sexos e menor risco de as mulheres serem maltratadas pelos homens.

A perspectiva feminista sobre o problema insere-se neste modelo explicativo, considerando que o homem exerce um papel tradicionalmente masculino que recorre à violência como forma de exercer o poder e controlar a mulher, com o objectivo de manter o domínio.

Pese embora a evolução que tem acontecido ao nível do funcionamento familiar - maior participação masculina nas tarefas familiares e domésticas e feminina na vida laboral e social - a família parece ainda ser um lugar de perpetuação da diferença entre os sexos, e da utilização da violência pelo homem, detentor do poder.

Estes aspectos de manutenção e de perpetuação da violência é reforçado, segundo esta perspectiva, pela baixa eficácia do sistema policial e judicial ao lidar com os casos de violência na família.

“Nesta abordagem os maus-tratos da mulher são resultado do processo normativo de socialização masculina. O retrato que as feministas fazem do maltratante é de alguém que tenta valorizar as características masculinas tradicionais (e.g., domínio, sucesso) mas que se sente frustrado a esse respeito, levando-o a reagir mal quando sente a ameaça de perder o controlo e domínio na sua própria casa” (Matos, 2002, p. 96 cit Margolin et al.).

A perspectiva feminista tem sido um modelo dominante que tem permitido dar voz e recuperar vítimas, prevenir a violência pela desconstrução de estereótipos culturais e desenvolver práticas interventivas como por exemplo as casas-refúgio e os grupos de ajuda.

A mesma autora citando Walker (1994) refere que são de salientar os contributos que esta teoria tem proporcionado para a compreensão do fenómeno, *“uma das abordagens com maior sucesso na recuperação das mulheres vítimas de maus-tratos, precisamente porque lida directamente com a questão do poder”* (p.96) mas lembra que, reportando-se a Campbell & Landerburger (1995), a violência contra a mulher é um problema social multicontextual, pois envolve motivos psicológicos e de cariz relacional, cultural e político.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001;2002) considera existirem factores biológicos e individuais que podem explicar alguma predisposição para a agressividade, mas as interacções na família, a comunidade e a cultura são mais determinantes.

3. A CONSCIÊNCIA GLOBAL DA VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER

As normas e os contextos sociais são mutáveis e por isso o conceito de violência muda de acordo com as alterações sociais, no tempo e no espaço, produzindo formas diferentes de apreensão e de entendimento (Portugal, 2000).

A mesma autora reportando-se a Lourenço & Lisboa (1992) e a Pais (1996) salienta que “*é possível ver a violência como uma transgressão a um sistema de valores definido num determinado momento social*” sendo este aspecto saliente no que se refere à violência no espaço doméstico, recentemente entendida como problema social (p. 235).

A violência conjugal contra a mulher continua a ser uma manifestação cultural do domínio do homem sobre a mulher, inserido no problema de desigualdade global entre os sexos, ignorado como problema social e familiar durante vários séculos.

Este problema começou a suscitar preocupação mundial há algumas décadas, com um progressivo reconhecimento da necessária intervenção e responsabilização de todos os indivíduos, envolvendo diversos níveis e áreas sociais e políticas na sua resolução.

Um dos princípios fundamentais da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) é a igualdade entre homens e mulheres, aspecto consagrado na Carta das Nações Unidas em 1948, com a publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Nela, a comunidade internacional é exortada para a necessidade de respeitar os direitos e liberdades fundamentais, independentemente de qualquer particularidade individual, entre as quais, o sexo.

Em 1966, entraram em vigor o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e o Pacto sobre os Direitos Cívicos e Políticos, que vincularam todos os Estados Membros da ONU a garantir o respeito pelas liberdades fundamentais sem discriminação, nomeadamente baseada no sexo, com a obrigação dos estados actuarem adequadamente em caso de violação dos mesmos.

A violação de direitos fundamentais pode traduzir-se em múltiplas áreas sociais de formas diversas, atingindo diferentes grupos sociais, mas as mulheres como classe social parecem ser em todo o mundo um alvo, pela simples condição de ser mulher e não por estarem mais propensas a comportamentos de risco. A título de exemplo, refere

Ramos (2004) reportando-se a Marcoux (1998) que a pobreza no mundo se “feminizou” sendo a afirmação suportada por percentagens de pobreza entre as mulheres, que se situam entre os 53 e os 62%.

A mesma autora ressalva que esta situação não é exclusiva dos países pobres.

Por exemplo, existe um número elevado de crianças (25%) nos EUA que nasceu pobre e que no Canadá, Austrália e Reino Unido metade das famílias monoparentais com filhos vive abaixo do limiar de pobreza.

Portugal é o país da União Europeia (EU) onde a divergência entre ricos e pobres se revela maior, apontando os dados do *Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas* de 2003 para um rendimento dos mais prósperos 6,4 vezes maior do que o dos menos afortunados.

A delegação Portuguesa da Amnistia Internacional (2006) revela que em Portugal as mulheres não só estão mais sujeitas a desemprego como as que trabalham auferem um ordenado inferior quando comparado com o ordenado auferido pelos homens, situando-se a diferença, em média, em 25%.

Este aspecto tem subjacente a desigualdade entre os sexos manifesta também no acesso à escolarização, traduzida no facto revelado pela mesma fonte de que do total de analfabetos no mundo (um bilião), dois terços serem do sexo feminino.

Também Ramos (2004) refere que nos países em desenvolvimento o analfabetismo é ainda uma realidade preocupante, atingindo 28% da população. Esta constatação é mais relevante para o sexo feminino do que para o masculino, em meio rural (66% são mulheres e 43% são homens) como em meio urbano (43% são mulheres e 21% são homens).

Afirma a mesma autora que o analfabetismo é um factor de risco no desenvolvimento da criança. Determina dificuldades de participação social e laboral futuras, predispõe a mais comportamentos de risco relativamente à saúde e a expõe à exploração e violência.

Conhecidos estes impactos negativos do analfabetismo, Ramos (2004) aponta a escolarização feminina como uma forma importante e urgente de intervir no bem-estar familiar futuro, pelo impacto positivo sobre a família e a saúde, aspectos ainda muito

centrados na mulher, inerentes ao seu papel na família, mesmo nas sociedades ocidentais.

Sendo um dos papéis femininos o bem-estar familiar é paradoxalmente na família que a vitimação da mulher ocorre mais frequentemente, em espaço privado e no âmbito de relações familiares, em muitos casos decorrente de crenças culturais como por exemplo a mutilação sexual feminina praticada sobretudo em países africanos e em algumas comunidades do continente asiático, os crimes relacionados com o dote, o casamento e maternidade precoces e a violência contra a mulher.

A preocupação pela desigualdade existente entre homens e mulheres e pela existência de violência na família foram preocupação de múltiplas organizações ao nível mundial e europeu, das quais destacamos algumas como a ONU e o Conselho da Europa (CE) dos quais Portugal faz parte, a Amnistia Internacional (AI), o Lobby Européen des Femmes (LEF) que desde 1990 representa um grande número de Organizações não governamentais de mulheres (4000) de diversos países de todo o continente Europeu, entre as quais uma associação Portuguesa - Associação de Mulheres Contra a Violência Doméstica (AMCV) que trabalha em articulação com o Parlamento Europeu e o Conselho de ministros da União Europeia.

O problema da violência conjugal foi trazido a público pelos movimentos feministas, de forma mais relevante desde a década de setenta, preocupados em obter o reconhecimento da importância da mulher na vida social e da necessidade de alterar o seu papel social, chamando a atenção para o desrespeito pelos direitos universais, baseado exclusivamente no sexo.

Apesar do reconhecimento dos direitos fundamentais do Homem, foi a voz pública de mulheres que denunciou a violência contra a mulher na família.

O movimento feminista foi um marco importante no reconhecimento mundial do problema da discriminação social feminina e da lesão dos direitos humanos da mulher no seio da família e da necessidade de intervir (Silva, 1995).

A mesma autora refere que na época: *“num misto de surpresa e incredulidade, as sociedades ocidentais assistiram durante os anos setenta a uma campanha que, em programas de rádio e televisão, manifestações de rua e publicações de todo o tipo, sistematicamente denunciava a opressão física e psicológica que representa para muitas mulheres a vida em família”* (p. 15).

O silêncio protector da situação começou a fazer-se ouvir como uma voz colectiva constituída por vozes individuais de sofrimento até então solitário e oculto da vida social, onde imperava a aparência do ideal familiar harmonioso.

Perante a voz de tantas mulheres carentes de ajuda, foram criados abrigos e tornadas públicas as suas experiências de maus-tratos conjugais. Silva (1995) salienta a obra inglesa de Erin Pizzey intitulada “*chora baixinho para os vizinhos não ouvirem*”, elaborada a partir dos testemunhos das mulheres que recorreram ao refúgio para vítimas de maus-tratos conjugais, aberto pela autora, nos arredores de Londres – *Chiswick Women’s Aid*.

Assim, o debate público foi impulsionado, trazendo para a esfera pública um problema da esfera privada da família e procedeu-se à alteração de leis para a protecção da vítima e leis punitivas para o agressor. A necessidade de uma consciência de igualdade de género, colectiva, cultural e social, intensificou a divulgação de informação sobre os direitos individuais, mas também a promoção de uma nova consciência feminina e masculina em relação à violência contra a mulher.

A informação e o debate sobre essa desigualdade, as suas manifestações e repercussões, favoreceram a consciencialização pública sobre a existência de um problema até ali ignorado.

Desde 1979, que a ONU, com a Convenção sobre a *Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*, intervém no sentido de promover a alteração do estatuto social da mulher, pois a evolução das sociedades nesta área não foi facilitada pela Declaração dos Direitos do Homem.

A década de noventa foi particularmente rica em alteração de leis e recomendações ao nível internacional e nacional, mas não foram suficientes até aos dias de hoje para acabar com este fenómeno ao nível da família.

O reconhecimento legal da igualdade entre os sexos na vida social e familiar, a maior facilidade em recorrer ao divórcio, a possibilidade de acesso a instituições de apoio à vítima e de refúgio em casas-abrigo, a possibilidade de denúncia e a classificação da violência familiar como crime público punível por lei, foram decisões importantes mas não suficientes na mudança de comportamentos.

Apesar do problema da violência contra a mulher ser reconhecido como um problema social e uma preocupação mundial, nomeadamente através da ONU, que

difundiu a sua existência, emanou declarações, produziu instrumentos jurídicos internacionais e realizou várias conferências internacionais sobre a mulher (1975 – Cidade do México; 1980 – Copenhaga; 1985 – Nairobi; 1995 – Pequim), a desigualdade entre os sexos persiste nas diversas áreas sociais (família, emprego, etc.) e as mulheres são particularmente vulneráveis à mesma.

A persistência da desigualdade e a violência conjugal contra as mulheres impeliu a ONU à criação de mecanismos específicos para a promoção, controlo e protecção dos direitos das mulheres:

- A Comissão sobre o Estatuto da Mulher (CSW), unidade funcional do Conselho Económico e Social, criada em 1946;

- O Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), criado em consequência da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, que Portugal assinou em 1980 e entrou em vigor em Setembro de 1981. Esta Convenção deu origem a um protocolo facultativo à mesma em 2000 e que Portugal assinou em Fevereiro do mesmo ano. As Organizações não governamentais são convidadas por este Comité a integrar sessões de trabalho;

- Divisão para o Progresso das Mulheres (DAW), que tem por missão a promoção da igualdade e direitos humanos das mulheres em todas as áreas a vida social, numa perspectiva de género inserida a todos os níveis políticos e sociais;

- Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Mulheres (UNIFEM) que tem como incumbência a capacitação das mulheres e a igualdade de género trabalhando ao nível nacional;

- Instituto das Nações Unidas para a Investigação e Formação em prol do Progresso das Mulheres (INSTRAW). Tem por objectivo estimular a pesquisa, informar e contribuir para a visibilidade do progresso das mulheres para o desenvolvimento (Tavares, s/d).

Ao considerar a violência contra a mulher de forma específica, a ONU contribuiu para que viesse para a área pública “(...)um campo tradicionalmente refugiado na área privada e escondido num silêncio impenetrável (...)” (Pais, 1994, p.63) e manter a preocupação mundial para com o fenómeno - a Assembleia Geral instituiu em 1999, o dia 25 de Novembro como o dia internacional para a eliminação da violência contra a mulher.

A globalização da desigualdade entre homens e mulheres e da violência na família mereceu intervenção por parte de outras organizações intergovernamentais, como a Commonwealth e a Organização dos Estados Americanos, que também criaram documentos e comissões específicas para fazer frente ao fenómeno.

Também ao nível do Conselho da Europa (CE) a desigualdade entre homens e mulheres e a violência na família têm sido uma preocupação e a sua eliminação um objectivo, desde a década de oitenta, traduzidas nos documentos que têm sido produzidos como por exemplo a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a Declaração da Igualdade entre Mulheres e Homens de 16 de Novembro de 1988, a recomendação nº R (85) 4 de 26 de Março de 1985 sobre violência na família adoptada pelo comité de ministros e as medidas sociais para intervenção na violência familiar, insertas na Recomendação nº R. (90) 2 de 15 de Janeiro de 1990.

Portugal também se mobilizou na promoção da igualdade entre homens e mulheres e no combate à violência na família e, no âmbito das recomendações emanadas a nível da ONU e do CE, implementou diversas estratégias de que salientamos algumas a nível governamental:

- Jurídicas – Elaboração e produção de leis para protecção da vítima e punição do agressor. Desde 1976, a lei Portuguesa salvaguarda a igualdade de direitos entre os sexos, contudo, outras leis foram monitorizadas e alteradas para dar resposta à emergência social e pública do fenómeno da violência doméstica. A título de exemplo, referimos o facto de em 2000 ter passado a ser considerada crime público, de terem sido legislados mecanismos legais de afastamento do agressor, as formas de indemnização à vítima de violência e a criação de rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência doméstica.
- Políticas – A criação da Comissão da Condição Feminina, legalmente em 1977, mas já em 1975 desenvolvia a sua actividade à qual sucedeu em 1991 a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) que se mantém em actividade na actualidade. Integrada na Presidência do Conselho de Ministros e actualmente sob a tutela do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros, a CIDM tem como missão a promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres, desenvolvendo trabalho

específico e em parceria com outras instituições sociais ao nível nacional e regional e com as organizações não governamentais.

Mencionamos igualmente a elaboração de um plano nacional para a abordagem do fenómeno, actualmente o III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010).

Em Janeiro de 2005, foi criada a Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (EMCVD), tutelada pelo Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros, membro do Governo responsável pelas questões da Igualdade de Género e pela Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, membro do Governo responsável pelas questões da Reabilitação e da Família. Esta tutela conjunta, enquadra a necessidade de combater a violência doméstica numa perspectiva transversal e integrada. A EMCVD tem a missão de assegurar a coordenação interministerial necessária ao combate à violência doméstica, nomeadamente através da implementação do III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007/2010) e promover a reflexão prospectiva e discussão pública do tema da violência doméstica, tomando iniciativas que reforcem o envolvimento das entidades públicas e da sociedade civil na prevenção do fenómeno.

Mas não poderíamos deixar de salientar que a sociedade civil portuguesa se mobilizou também, à semelhança da de outros países, mais precocemente que o governo em alguns casos, através de organizações não governamentais determinadas na ajuda a vítimas de violência familiar.

Apontamos de seguida e de forma breve algumas dessas organizações a nível nacional:

- União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) – Associação de mulheres fundada em 1976. Proporciona atendimento, apoio e acolhimento de mulheres vítimas de violência, através de centros de atendimento e de uma casa abrigo. Esta organização não governamental está representada no Conselho Consultivo da CIDM desde 1977 (Fonte: site da UMAR).
- Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV) – Iniciou a sua actuação em 1992 proporcionando apoio a mulheres sobreviventes de violação. Em 1993, formalizou-se legalmente e em 1994 integrou o Conselho Consultivo da CIDM, do qual em 1996 recebeu o convite para fundar e gerir o primeiro Refúgio, em Portugal, para mulheres e crianças sobreviventes de violência doméstica. Em

1997, a Presidente foi convidada a integrar o Observatório Europeu para a Violência Contra as Mulheres, estrutura do Lobby Europeu de Mulheres (LEM), como perita nacional. A AMCVV é reconhecida como instituição de utilidade pública desde 1998 (Fonte: site da AMCVV).

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) - Fundada em 25 de Junho de 1990, é uma proeminente instituição particular de solidariedade social, com intervenção a nível nacional, através de delegações implementadas em diversas áreas geográficas. Esta organização apoia vítimas de crimes, através da prestação de serviços gratuitos e confidenciais (Fonte: site da APAV).

A EMCVD tem vindo a desenvolver, no âmbito do Plano Nacional de combate à violência doméstica, um trabalho de reorientação do apoio a proporcionar às mulheres vítimas e também aos agressores, desenvolvendo parcerias no sentido de uma actuação em rede, constituída por recursos públicos e privados, das áreas da saúde, da segurança, da jurídica e da social, salientando deste modo a necessidade de uma efectiva abordagem multi e interdisciplinar no combate ao fenómeno.

A violência conjugal contra as mulheres constitui-se como uma barreira difícil de transpor, com vítimas em sofrimento, inegáveis repercussões ao nível da saúde da mulher e comprometimento da função da família como lugar de educação, socialização e afecto.

Toda a sociedade é necessária na interrupção de uma situação que lesa não só os direitos humanos, mas igualmente compromete o bem-estar individual, familiar e o desenvolvimento de toda a sociedade.

Quanto maior o tempo entre a consciencialização e a alteração do comportamento mais distante está uma sociedade saudável, tolerante e com paz.

3.1. A violência conjugal em números na Europa

O número de casos denunciados não parece traduzir a realidade do fenómeno em termos de incidência e prevalência em nenhuma parte do mundo e isto prende-se ainda com as questões culturais subjacentes à dificuldade de denúncia e ao sentimento de vergonha das mulheres agredidas, mas também com os métodos utilizados na elaboração de estatísticas que se baseiam nos casos denunciados exclusivamente em

instâncias públicas e a formas de registo de queixas que são por vezes inadequadas e heterogéneas (LEF, 1999; ONU, 2003).

Na actualidade os números excessivamente altos de denúncias de mulheres que sofrem de violência conjugal, a nível internacional podem dever-se a uma maior consciência social feminina que assim denuncia mais – *hipótese benigna*, mas por outro lado, esses números significam o enraizamento cultural que permite a preservação do fenómeno, traduzindo a dificuldade masculina na vivência de uma relação conjugal mais igualitária. Segundo o British Council (1999) estas hipóteses serão provavelmente coexistentes (Ferrer Pérez; Bosch Fiol & Riera Madurell, 2006).

As mesmas autoras referem, na sequência dos aspectos já expostos, a necessidade de uniformizar aspectos metodológicos nos estudos do fenómeno como a definição uniformizada de conceitos como o de população, de violência conjugal contra a mulher ou ainda o de prevalência e incidência. A recolha de dados e a elaboração de estatísticas requerem registos objectivos e completos, como a relação entre agressor e vítima, a desagregação estatística do sexo dos envolvidos, bem como a uniformidade e a interrelação que permitam a eliminação das discrepâncias entre os dados de fontes oficiais e das ONG.

O *Lobby Européenne des Femmes* (LEF) num estudo realizado em 1999, revela a dificuldade em conhecer o fenómeno ao nível da EU (dos 15 estados membros) pela diferença encontrada nos estudos elaborados pelos diversos países ao nível metodológico, populacional e dos objectivos. Também salienta que as estatísticas oficiais são redutoras pela contabilização exclusiva de casos denunciados e pela não inclusão de dados obtidos em estudos realizados por instituições de ensino superior e de unidades de investigação. Estas, acedem muitas vezes a mulheres que sendo vítimas de violência não a denunciam.

O LEF (1999) aponta para uma percentagem de 20-25% de mulheres na EU (dos 15) vítimas de violência física cometida pelos companheiros.

Um estudo referido pela mesma organização e realizado na Holanda em 1989, com uma população representativa, revelou que 20,8% das mulheres participantes já tinham sofrido violência física do companheiro ou ex-companheiro. 13% destas mulheres, no momento em que o inquérito foi realizado, sofriam violência física e sexual. No mesmo país, um estudo realizado pelos Ministérios do Emprego e do Trabalho e pelo da

Igualdade a 956 mulheres entre os 30 e os 40 anos, mostrou que 6,3% das mulheres, ao longo das suas vidas, tinham sofrido actos de violência grave e repetida, física ou sexual, por parte do companheiro.

Outro estudo realizado na Bélgica (1998), segundo a mesma fonte, a 1000 mulheres, conclui que os autores de violência física e sexual contra mulheres são em 48,4% dos casos os companheiros. Também na Finlândia, no mesmo ano, um estudo com 7100 mulheres entre os 18 e os 74 anos revelou uma taxa de violência de 22% das mulheres casadas ou em coabitação.

Na Suíça, um inquérito a 1500 mulheres entre os 20 e os 60 anos, a viver com parceiro masculino, mostrou que quase uma mulher em oito sofria violência física, uma em nove violência sexual e 40,3% sofriam violência psicológica (LEF, 1999).

Ramos (2004) refere um estudo igualmente desenvolvido na Suíça por Gillioz et al. em 1997, que apontava para 20% de casos de violência física e/ou sexual nas mulheres que no ano anterior se tinham separado.

Segundo a mesma autora, o *British Crime Survey* apontava em 1992 para 80% de casos de violência dos maridos ou ex-maridos às suas companheiras.

O LEF (1999) refere que o mesmo organismo Inglês em 1996 divulgou que 46% de todas as formas de violência contra as mulheres acontecem no espaço doméstico e que em 60% dos casos o autor é o companheiro e em 21% o ex-companheiro.

Referindo um estudo de Romito (2000) realizado em Itália, Ramos (2004) apresenta os números resultantes da investigação realizada com 510 mulheres que tinham recorrido a serviços de urgência, sendo de 6% o número de mulheres vítimas de violência física e sexual nos últimos 12 meses e de 16% as que estando separadas ou divorciadas foram vítimas desse mesmo tipo de violência no ano seguinte à ruptura da relação conjugal.

No mesmo país, um estudo realizado em 1998 com 20.064 mulheres mostrou que 14,5% das violações foram cometidas por maridos ou noivos e um outro prévio (1996) apontou que em 77,7% das mulheres vítimas de violência o autor era o marido ou companheiro (LEF, 1999).

Em Espanha os dados do Instituto de la Mujer, apontam para um número de denúncias crescente desde 1983 dos casos de violência conjugal contra a mulher. Em

2003, o número de mulheres que denunciou foi 50.090; em 2004 o número subiu para 57.577 e em 2005 foi superior – 59.758 (Ferrer Pérez; Bosch Fiol & Riera Madurell, 2006).

Estas autoras citam um estudo nacional do referido Instituto a mais de 20.000 mulheres maiores de idade, realizado em 1999, o qual revelou dados que transferidos para a população espanhola evidenciavam que 640.000 mulheres tinham sofrido alguma forma de maltrato no seu meio familiar no ano precedente ao estudo e que 52% tinham sofrido maus-tratos perpetrados por companheiro ou ex-companheiro. Segundo este estudo, 9,2% da população feminina acima dos 18 anos era “*técnicamente maltratada*”, ou seja, era submetida pelo poder masculino (restrição da liberdade individual, imposição de condutas, posição de inferioridade) mesmo sem ter consciência desse facto. Revelou ainda que as mulheres em situação inequívoca de violência eram 12,4% e destas 74,2% eram violentadas pelo cônjuge ou ex-cônjuge.

Com base nos dados deste estudo, as autoras afirmam que o número de denúncias é significativamente menor que o número real de maus-tratos contra a mulher no seio conjugal e que este tipo de violência resultou na morte de 2,40 mulheres em um milhão no ano de 2001 e de 3,46 mulheres em um milhão no ano de 2004.

3.1.1. A situação Portuguesa

Em Portugal, de acordo com o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2003-2006, a maioria das vítimas de violência doméstica são mulheres (CIDM, 2003) e Silva & Alves (2002) afirmam que as mulheres estão sujeitas a violência física particularmente no seio do casal e que os dados existentes confirmam que este fenómeno é relevante na sociedade portuguesa.

Um estudo/radiografia realizado em Portugal em 1995 para a CIDM revela que nesse ano 1 em cada 3 mulheres tinha sofrido dois ou mais episódios de violência tendo 43% dos casos ocorrido no domicílio (Pais, 2006).

O mesmo estudo identificou que as mulheres são atingidas por diversos tipos de violência: física, psicológica, sexual e discriminação sócio-cultural, sendo a violência psicológica a que afecta maior número de mulheres (50,7%) seguida pela violência sexual (28,1%), pela discriminação sócio-cultural (14,1%) e por último pela violência física (6,7%) (APAV, 2003).

O autor da violência ocorrida no espaço doméstico é habitualmente marido ou companheiro, homem entre os 25 e os 44 anos. A discriminação sócio-cultural é praticada frequentemente por indivíduos com formação universitária e com profissões ao nível dos quadros superiores ou liberais. Os agressores com habilitações literárias que se situam entre o ensino primário e o secundário, utilizam os outros tipos de violência referidos (APAV, 2003).

Um outro estudo desenvolvido por Lisboa et al (2003) em institutos de medicina legal com 2160 mulheres estudadas, mostrou que a violência física foi a mais frequente (83,3%) traduzida mais significativamente por sovas, seguida da física e psicológica (14,2%), a sexual (1,6%) e que 0,9% das mulheres sofriam diversos tipos de violência (APAV, 2003).

Em Portugal, a denúncia de violência conjugal está essencialmente centralizada nas forças de segurança, Polícia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR) e, na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV).

Segundo a Amnistia Internacional Portuguesa (AI) (2006) a PSP recebeu no ano 2004, 8453 queixas de violência doméstica, provenientes de todo o país, sendo mulheres 7152 das vítimas. Desse total de queixas, 69% eram relativas a crimes cometidos pelo marido ou companheiro.

O número de queixas desse ano foi inferior em 15,5% ao que tinha sido registado no ano anterior (2003), contudo esse número subiu no ano seguinte.

Em 2005 houve um acréscimo de queixas, que se situou em 16,1%, com um total de queixas de 9816 das quais 6748 correspondiam a mulheres (81%). Destas mulheres 65% eram vítimas do marido ou companheiro.

A mesma tendência sobressai na avaliação dos números da GNR divulgados pela AI (2006).

A maioria das vítimas de violência doméstica são mulheres e no ano de 2004 houve um decréscimo de 5% relativamente ao de 2003, tendo sido seguido de um aumento acentuado (18%) no ano 2005.

Nesta instituição de segurança houve em 2004, 7088 denúncias, das quais 6452 eram mulheres e 1015 eram homens. Nesse ano, a violência entre cônjuges resultante em queixa foi de 6768 casos.

No ano de 2005, a violência entre cônjuges foi de 7365 casos, não havendo indicação, nem nesse nem no ano que anteriormente referimos, quanto ao sexo do agressor nem da sua relação com a vítima. Nesse ano, o número de queixas de violência doméstica foi de 7634 de vítimas do sexo feminino e 960 vítimas do sexo masculino.

Segundo as estatísticas da APAV referentes ao ano de 2006, mais de 85% dos crimes registados (15.758) foram relativos a violência doméstica em que a vítima era maioritariamente mulher (88%) entre os 26 e os 45 anos de idade (32,7%) e o homem o autor do crime (90%) com idades entre os 26 e os 55 anos (35%).

A maioria dos casos de crime aconteceu entre casais, sendo o cônjuge ou companheiro o autor em 57,6% dos casos, sendo a vitimação continuada em 75% dos casos e no domicílio conjunto em 68% dos casos, durando a maioria das relações violentas entre 10 meses e 10 anos.

Os mesmos dados estatísticos mostram, relativamente às habilitações literárias, que tanto as vítimas como os agressores se distribuem pelos diversos graus, sem existência de preponderância de um deles. No que se refere ao estado profissional, existe uma preponderância ao nível da vítima e do agressor dos estados de desempregado (16,4% e 12,7 % respectivamente) e de reformado (9,7% e 6,1% respectivamente)

As estatísticas de 2005 da mesma organização não governamental (ONG) demonstram que no âmbito da Violência Doméstica, se registaram 12.809 denúncias, correspondentes sobretudo a maus-tratos psíquicos e a maus-tratos físicos (32,5%, 32,2% respectivamente) e que no ano 2006 o conjunto desses dois tipos de violência foram os mais salientes com aproximadamente 55% dos actos de agressão no âmbito da violência doméstica.

No mesmo ano, segundo a ONG *União de Mulheres Alternativa e Resposta* (UMAR) citada pela AI (2006) morreram nos 11 primeiros meses, 39 mulheres às mãos dos seus maridos ou companheiros.

Dos 22 crimes de homicídio ou tentativa de homicídio referidos pela APAV (2006) importa salientar que 59% das vítimas eram mulheres adultas (26/35 anos - 13,6%; 45/55 anos - 13,6%; 56/64 anos - 13,6%) e casadas em 45,5% dos casos e 13,6 viviam em união de facto. Os autores do crime eram homens (77%), maioritariamente na faixa etária dos 26 aos 45 anos (40,9%).

Em Portugal, 1 em 3 mulheres experimentam alguma forma de violência ao longo da sua vida, segundo a EMCVD (Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica) (AI, 2006).

A mesma ONG cita um estudo português com 2391 famílias do norte do país, coordenado por Carla Machado, que revelou que 25% dos casais portugueses tinham vivido uma situação de violência doméstica.

3.2. Recursos sociais no âmbito da violência conjugal em Portugal

O fenómeno da violência conjugal requer uma abordagem interdisciplinar efectiva, mobilizando diversos sectores sociais como as forças policiais, os da saúde, o jurídico, o da segurança social, o político, para um efectivo combate aos casos existentes que deverão merecer a atenção necessária desde a sua rápida detecção até à resolução do problema, mas também ao nível da prevenção, envolvendo a educação precoce para a cidadania.

O desenvolvimento de estratégias interministeriais para enfrentar o fenómeno, resultou em projectos com envolvimento de diversas áreas como a da segurança, do poder local (câmaras e autarquias), justiça, segurança social, saúde e ONG a trabalhar em parceria e organizadas em rede. Salientamos alguns, recentemente criados ou reformulados e específicos para a violência doméstica, sustentando esta informação no “*Guia de recursos na área da violência doméstica*”, publicado pela Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (2006).

Ao nível da segurança, para um efectivo atendimento às vítimas, em gabinetes vocacionados, com profissionais treinados e registo adequado e uniformizado dos casos, a Polícia de Segurança Pública (PSP) desenvolve um projecto específico na prevenção e combate da violência doméstica através das equipas de proximidade e apoio às vítimas (EPAV) e com salas de atendimento às mesmas.

Na Guarda Nacional Republicana (GNR) foi criado em 2002, o Núcleo Mulher e Menor (NMUME) em todas as sedes de distrito.

A par das medidas políticas e legislativas é indispensável a formação de todos os profissionais que no exercício das suas funções possam estar em contacto com vítimas de violência doméstica.

A importância do investimento a este nível é salientada por diversos autores que apontam a enculturação como um factor dificultador da intervenção neste tipo de violência. Ramos (2004) salienta que muitos agentes policiais, procuradores e juizes não valorizam a violência conjugal. São, em muitos casos, homens violentos no seio familiar ou consideram a união familiar e a manutenção do casamento como valor mais alto.

Também Silva (1995) salienta o mesmo e refere que muitas vezes o pedido de ajuda policial e a demora na resolução das suas situações em tribunal provocam desilusão na expectativa da mulher.

Estas atitudes por parte de profissionais directamente responsáveis pela intervenção conferem um acréscimo de dificuldade à mulher, à qual é sugerido o perdão e/ou a não apresentação de queixa. Também Gelles & Straus (1988) salientam o mesmo aspecto e acrescentam que este tipo de acção é favorecedora da reincidência do agressor, que assim se apercebe da não condenação do próprio comportamento mas também da inexistência de protecção à vítima. Referem os mesmos autores que nos EUA a possibilidade do agressor ser detido é muito baixa (menos de 1 caso em 10) e que a própria justiça é demasiado benevolente em relação ao agressor e evita o desmembramento familiar apelando à vítima para que não prejudique o agressor e lhe perdoe. Segundo a APAV (2003), as detenções em Portugal são 1,2% das denúncias.

Instituições estatais e ONG oferecem informação e apoio através de linhas telefónicas como por exemplo os números de emergência: Nacional (112) e Social (144), a linha azul SOS mulher (808 200 175), a linha única da APAV (707 200 077) que dispõe de vários gabinetes espalhados pelo país, a linha verde disponibilizada pela EMCVD (800 202 148) que funciona ininterruptamente. Alguns sites na Internet como por exemplo o da AMCV e o da Violência.Online, disponibilizam também apoio e informação.

Com a disponibilização destes recursos, proporcionam uma forma acessível e rápida às mulheres que pretendam ajuda e informação explícita e correcta no âmbito da violência doméstica. O anonimato é assegurado.

Outras estruturas especializadas (núcleos, centros, gabinetes) são oferecidas pela rede nacional de atendimento para vítimas de violência doméstica, com diversas

estruturas espalhadas pelo país e que fazem atendimento, tratamento e encaminhamento das vítimas.

Outro recurso que as mulheres podem utilizar é o oferecido pelas 34 casas-abrigo existentes actualmente no país, onde podem ser acolhidas temporariamente com os filhos e usufruir de apoio especializado a nível social, psicológico e jurídico com vista à reintegração social (EMCVD, 2006).

Viana do Castelo dispõe já dos serviços específicos no âmbito da violência doméstica oferecidos pela PSP e GNR e dispõe do Gabinete de Atendimento à Família (GAF) do qual faremos a apresentação em capítulo posterior.

CAPÍTULO 3 – VIOLÊNCIA CONJUGAL CONTRA A MULHER E

REPERCUSSÕES NA SAÚDE

Neste capítulo abordamos questões de violência e saúde e as repercussões da violência conjugal na saúde da mulher, assim como do papel dos profissionais de saúde na prevenção e no diagnóstico.

1. A SAÚDE E O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A saúde é considerada um direito fundamental a qualquer ser humano, independentemente da raça, religião, ideais políticos ou condição económica e social. A saúde é definida como “ (...) *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade.*” (OMS, 1946).

A saúde é ainda, no conceito holístico que a OMS tem vindo a desenvolver, uma importante dimensão da qualidade de vida das pessoas, numa combinação integrante de saúde física, bem-estar psicológico e social (Ramos, 2004).

A mesma autora reportando-se a O'Donnell (1986) apresenta as diversas dimensões da saúde e cita a importância de obter equilíbrio entre todas elas no sentido de a manter e enriquecer, que passámos a apresentar:

- *Saúde emocional*
- *Saúde intelectual*
- *Saúde social*
- *Saúde espiritual*
- *Saúde física.*

Este conceito de saúde pressupõe que todos aqueles que têm responsabilidades ao nível da saúde, os profissionais do terreno mas também os decisores políticos, o integrem nas suas práticas, descentrando a sua atenção da dimensão física, da patologia em si, para compreenderem o processo de saúde e de doença e os abordarem em toda a sua abrangência.

A carta de Ottawa em 1986 veio dar luz a um conceito positivo de saúde, proclamando-a um recurso para a vida diária e não um objectivo da vida. A responsabilidade por esse recurso pretende-se, na actualidade, partilhada pelas

atitudes individuais e por todas as estruturas sociais, políticas, económicas e ambientais (OMS, 1986).

A promoção da saúde é pois um conceito fundamental que visa o envolvimento da sociedade global com o objectivo de permitir a todos um maior controlo sobre a sua saúde e a aquisição e desenvolvimento de habilidades que permitam melhorá-la (OMS, 1986).

Na declaração de Yakarta são estabelecidas as prioridades para a promoção da saúde para o séc. XXI, entre as quais destacamos as seguintes:

- Promover a responsabilidade social, que se pretende assumida nas políticas e nas práticas, quer do sector público como do privado para que a saúde seja promovida e defendida;
- Aumentar a capacidade da comunidade e a capacitação (*empowerment*) dos indivíduos, ou seja dotar as pessoas de habilidades individuais que lhes permitam tomar decisões e controlar a sua própria vida, relativamente à saúde, mas também de capacidade de mobilização colectiva que permita uma maior influência sobre as condições que influenciam a saúde da comunidade (OMS, 1997, 1998).

Podemos afirmar que a saúde é um bem essencial que pode ser aumentado e melhorado. Para isso, são imprescindíveis práticas que impulsionem atitudes individuais positivas para a saúde, políticas que visem a melhoria da qualidade de vida das populações, como por exemplo a equidade de acesso a cuidados de saúde que a promovam, que previnam e tratem a doença reabilitando os indivíduos, e condições sócio-económicas e ambientais promotoras de bem-estar individual e colectivo.

O “*World Report on Violence and Health*” denuncia a violência como responsável pela perda de 1.8 milhões de pessoas em todo o mundo, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, e ainda assim este número não traduz a amplitude do fenómeno. Muitas mais pessoas estão sujeitas a sofrimento e a problemas de saúde em consequência da violência que representam custos avultados para a economia dos países essencialmente pelos gastos em saúde e pela baixa produtividade ao nível do trabalho (WHO, 2002).

Segundo o Conselho da Europa (2002) citado por Pais (2006) “*A violência contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16-44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra*” (p.1)

A violência doméstica contra a mulher é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema e uma prioridade de saúde pública (OMS, 1996; 2001).

A saúde pública tem o seu âmbito de acção ao nível da saúde das comunidades e das populações, com o objectivo fundamental de promover, preservar e melhorar a saúde. Para o fazer de forma eficaz é necessário que identifique o problema e as causas subjacentes que permitam pôr em prática medidas de resolução adequadas e reformulá-las de acordo com os resultados da avaliação dessas mesmas medidas.

A violência é uma das áreas em que a saúde pública, através dos seus responsáveis quer a nível político, quer da prática (responsáveis pelas instituições, profissionais de saúde), pode e deve considerar como um problema de saúde que não é irresolúvel e pode ser prevenido, embora se revista de enorme complexidade e exija uma abordagem multidisciplinar (WHO, 2002).

Ramos (2004) chama a atenção para a interacção existente entre corpo, mente e cultura que fazem exprimir de forma diversa as dimensões biofísica, psicológica e social. É a partir da referida interacção que surge o conceito de doença, revelado em dimensões diferentes por expressões distintas da Língua Inglesa. “*Disease*” corresponde à expressão portuguesa de “*ter uma doença*”, uma entidade biológica específica e diagnosticada por um médico; “*Illness*” é a forma com a pessoa experimenta a doença, na sua subjectividade psicológica, cultural e social, referida em português como “*sentir-se doente*”; e “*Sickness*” que se refere ao comportamento esperado de uma pessoa doente e que ela assume ao “*comportar-se como doente*”.

1.1. Repercussões da violência na saúde da mulher

Muitas mulheres têm medo e vergonha em falar sobre relações conjugais conflituosas que vão tolerando ao longo de vários anos, com nefastas repercussões ao nível da saúde física e mental.

A violência contra a mulher vai vitimizá-la ao nível da sua saúde, a curto e a longo prazo. É um factor de risco para a saúde.

Machado & Gonçalves (2002) salientam reportando-se a Laub (1990) que a violência exercida por alguém com quem existe uma relação afectiva é mais passível de lesão física, do que aquela que tem como destinador um estranho e, a OMS (2005) refere que o risco da mulher ser violentada por pessoas das suas relações afectivas é maior do que por um estranho.

Associados à violência parecem estar muitos problemas graves ao nível da saúde das mulheres. Esses problemas de saúde incluem problemas de ordem física mas também mental.

As mulheres maltratadas revelam frequentemente sintomas ou síndromes psicossomáticos que podem ser uma camuflagem de maus-tratos.

Os resultados de qualquer dos tipos de actos de agressão de que a violência conjugal se pode constituir têm impacto negativo ao nível da saúde da mulher. Estas implicações negativas são habitualmente de mais fácil e imediato diagnóstico, quando são provocadas por agressões que deixam marcas no corpo, mas não sendo macroscopicamente visíveis as implicações psicológicas e psicossomáticas são consideráveis (DGS, 2005 cit Vicente, 2003).

As consequências físicas, como as diversas lesões em diferentes graus de gravidade são mais imediatas, contudo o sofrimento psicológico tem consequências psicossomáticas e debilita a saúde mental da mulher (WHO, 2002; Ramos, 2004).

As vítimas de violência familiar ou sexual apresentam maior número de problemas de saúde com maior número de consultas médicas e de cirurgias, recorrem aos serviços de urgência hospitalar com mais frequência e apresentam mais vezes baixa por doença, ao longo de toda a sua vida. Sofrem conseqüentemente uma degradação da qualidade de vida (WHO, 2002).

A violência contra a mulher, infligida pelo companheiro, ostenta diferentes formas de agressão que podem ser física, psicológica e sexual, isolada ou combinadas, as quais têm consequências na saúde, imediatas e a longo prazo. As repercussões na saúde podem manifestar-se através de traumas ao nível físico, síndromes de dor crónica, problema gastrointestinais, depressão e suicídio (WHO, 2002).

As lesões físicas decorrentes de violência conjugal têm características próprias que as distingue das resultantes de outros tipos de acidentes, nomeadamente:

- Localização de maior número de lesões ao nível da cabeça;
- Mais lesões ao nível do tórax e abdómen;
- Lesões múltiplas e recorrentes (DGS, 2005).

Os traumatismos físicos podem ser diversos podendo as mulheres apresentarem contusões, hematomas, feridas corto-contusas, queimaduras, cicatrizes de trauma cutâneo anterior, fracturas ou sinais de anteriores fracturas, luxações nomeadamente ao nível das articulações dos membros superiores, trauma genital e anal, hemorragia intra-ocular ou outras lesões oculares, hematoma subdural e lesões em órgãos intra-abdominais (Cook & Fontaine, 1990).

As lesões ou sinais anteriores podem ser múltiplas na mesma mulher e variarem em grau de gravidade e estágio de evolução das mesmas, ou seja, a mulher pode apresentar diversos hematomas mas uns terem o aspecto clínico de terem sido provocados recentemente e outros de já terem algum tempo de resolução.

Algumas lesões, pela sua gravidade e localização, podem mesmo ser a causa de invalidez permanente.

Ao nível da saúde sexual e reprodutiva, os problemas podem ser diversos e manifestarem-se como disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DST) como a Sífilis, a Hepatite B e a SIDA, gravidez não desejada ou não vigiada, risco de aborto, parto prematuro e recém-nascido de baixo peso (WHO, 2002; DGS, 2005).

Heise (1994 cit Stark et al., 1981 e Bullock & Mc Farlane, 1989) aponta para um risco duas vezes maior de aborto e quatro vezes maior de parto prematuro e de ter um recém-nascido de baixo peso, nas mulheres que sofreram de violência física durante a gravidez.

Stephenson; Koenig & Ahmed (2006) salientam que é consideravelmente menor a saúde ginecológica das mulheres sujeitas a violência doméstica em relação às que não têm essa experiência. Acrescentam que as mulheres sujeitas a violência sexual e física combinadas têm mais problemas ao nível ginecológico do que as que sofrem de violência física isolada.

Os mesmos autores fazem sobressair o pouco entendimento que na actualidade ainda existe sobre a relação entre a saúde ginecológica e a violência. Contudo, algumas características inerentes às relações violentas entre companheiros como por exemplo a

menor possibilidade da mulher decidir a sua vida sexual e a utilização de preservativo, os traumas nos órgãos genitais e anal, a maior possibilidade de infecção pela tendência frequente dos companheiros agressores terem múltiplas parceiras sexuais e comportamentos sexuais de risco, sugerem a etiologia desse tipo de problemas.

A gravidez não desejada pela mulher que é maltratada pode fazê-la recorrer ao aborto clandestino e assim aumentar os riscos para a sua saúde ao possibilitar intercorrências graves que podem causar-lhe a morte ou comprometer a sua fertilidade futura (Heise, 1994).

A mesma autora refere que as vítimas de abuso sexual ou de violação apresentam frequentemente sintomas psicossomáticos diversos como os distúrbios alimentares e do sono, a depressão, os sentimentos de humilhação, de raiva e de auto-culpabilização, o medo do sexo e as dificuldades de concentração. A possibilidade dessas situações resultarem numa gravidez não desejada, pelos aspectos anteriormente referidos, pode representar um risco acrescido para a saúde.

As alterações psicológicas a que as mulheres estão expostas podem provocar medo do sexo e perda do prazer sexual (DGS, 2005) e diversos autores apontam também a depressão, baixa auto-estima e baixo auto-conceito, perda do interesse sexual, sentimentos de perda do poder e de impotência e ideação suicida (Pereira, Matos & Machado, 2006). Sobre o risco de suicídio, as mesmas autoras citando Walker (1994) dizem que as múltiplas violações aumentam a vulnerabilidade ao suicídio.

As consequências do foro psicossomático podem revelar-se como problemas do foro gastro-intestinal, síndrome de dor crónica, como cefaleias ou dor abdominal, outras queixas crónicas por vezes vagas, sem tradução física detectada e alterações do sono.

Pereira, Matos & Machado (2006) salientam citando diversos autores, que a violação marital pode provocar laceração e contusão genital e anal, hemorragias, doença inflamatória pélvica, aborto, dor crónica pélvica, infertilidade.

Estas autoras reportando-se a Walker (1994) assinalam um estudo que revelou que entre as mulheres com síndrome doloroso crónico, 50% tinham história de abuso sexual e físico.

As agressões físicas são as que têm manifestação mais imediata ao nível do estado de saúde e são elas que determinam o recurso aos serviços de urgência hospitalar.

Segundo a WHO (2002) 40-75 % das mulheres vítimas de violência conjugal sofrem lesões que podem ser graves. A mesma fonte revela que no Canadá 43% das mulheres agredidas sofreram lesões que exigiram atendimento médico, e 50% necessitou de baixa médica.

O sofrimento, o medo, a vergonha e a humilhação, a baixa auto-estima e a tristeza estão directamente relacionados com os maus-tratos, tanto físicos como psicológicos, sendo contudo revestidos de enorme subjectividade. São experiências pessoais, não são facilmente visíveis, nem tão-pouco prova de sujeição a maus-tratos.

A nível mental, podem surgir diferentes manifestações mais ou menos incapacitantes. Podem variar entre a ansiedade, a tendência para consumos aditivos como o de álcool, tabaco e drogas, distúrbios do sono e do apetite, ataques de pânico, síndrome de stress pós-traumático, depressão e tentativa de suicídio.

Ser vítima de abuso sexual e de violência doméstica representa um maior risco de depressão, de abuso de drogas e de álcool, de suicídio e de outros distúrbios psiquiátricos (Heise, 1994 cit Heise et al, 1994 e Koss & Heslet, 1992).

A Associação Psiquiátrica Americana em 1994, listou um conjunto de sintomas passíveis de serem provocados por relações interpessoais stressantes:

- *Diminuição da modulação dos afectos;*
- *Comportamentos impulsivos e autodestrutivos*
- *Sintomas dissociativos;*
- *Doenças somáticas;*
- *Sentimentos de incapacidade, vergonha, desespero;*
- *Sentimentos permanentes de destruição;*
- *Perda de valores anteriormente defendidos;*
- *Hostilidade;*
- *Retraimento social;*
- *Sentimentos de perigo constantes;*
- *Diminuição das relações com os outros;*
- *Mudanças das características da personalidade prévia (DGS, 2005).*

Na mesma fonte são mencionados diversos autores (Houskamp & Foy, 1991; Walker, 1993; Astin, Lawrence & Foy, 1993; Walker & Shapiro, 2004) que referem que estes sintomas são manifestados em mulheres vítimas de violência sob a forma de Síndrome pós-traumático.

Diversos estudos realizados com a população portuguesa em geral confirmam uma prevalência maior de doença psiquiátrica nas mulheres, relativamente aos homens (Silva & Alves, 2002).

Referem as mesmas autoras que um estudo português de Silva (1991)

“ (...) identificou a violência física como factor fortemente associado, nas mulheres, à frequência de consulta de psiquiatria e, embora com menos importância, à frequência de consulta de saúde geral” (2002, p.136).

Um estudo realizado para a DGS (2005) por Lisboa, Vicente & Barroso com mulheres de 18 anos ou mais, frequentadoras de 18 centros de saúde do continente português revelou:

- A prevalência da violência percebida pelas mulheres foi de 33,6%. Mais de metade (50,7%) dos casos aconteceu em casa e na maioria o marido foi o autor (no ano do inquérito 28,6%, nos anos anteriores ao mesmo 32,2%) aumentando o número se juntarmos ex-maridos, companheiros e ex-companheiros (no ano do inquérito 38,3% e nos anos anteriores ao mesmo 53,3%);
- Os tipos de violência sobre essas mulheres distribuíram-se por: combinada – 49,5%; psicológica – 30,5%; física isolada – 12,8%;
- O recurso a serviços de saúde (hospitais e centros de saúde) foi maior em mulheres vítimas de violência, nas quais existe uma maior predisposição a problemas de saúde. Os transtornos físicos que mais podem acometer estas mulheres são os hematomas que podem localizar-se em qualquer parte do corpo mas são mais frequentes na cabeça, as feridas essencialmente ao nível dos membros superiores. O coma e as hemorragias são situações de maior possibilidade de ocorrência nas mulheres vítimas de violência, bem como as intoxicações, as lesões genitais e a obesidade. Outros sintomas/problemas de saúde que foram relacionados com a violência embora com menor expressão que os anteriores são: asma; queimaduras; palpitações; tremores; colite; cefaleias;

vómitos frequentes; sensação de aperto na garganta; dermatite; úlcera gastro-duodenal; dificuldades respiratória; sudorese; peso/dor na região abdominal.

Um outro estudo realizado num Centro de Saúde do Norte do País (Matosinhos), em 2003, sobre violência física conjugal, revelou que num universo de 283 mulheres, com experiência conjugal (legalizada ou não) actual ou passada e com idades entre os 25 e os 55 anos:

- Existia uma taxa de prevalência de violência física conjugal contra a mulher de 20,5%;
- Que a maioria das mulheres (58,6%) tinha sido agredida pelo actual companheiro ou marido; 36,2% pelo ex-marido ou ex-companheiro e 5,2% pelo anterior e actual companheiro ou marido;
- Que o alcoolismo do marido ou companheiro foi identificado como factor de risco para a violência física conjugal contra a mulher;
- Que existia maior risco de violência física conjugal sobre as mulheres inseridas em famílias do tipo não-nuclear ou não alargada, e em famílias com disfunção familiar avaliada pelo Apgar familiar (Coelho, 2005).

As consequências de maus-tratos provocam sofrimento à mulher, com nefastas repercussões ao nível da sua saúde e da sua participação e capacidade familiar e sócio-laboral.

Heise (1994) afirma, baseada em dados do Banco Mundial, que a violência de género é responsável pela perda de um dia de saúde em cada cinco dias da fase reprodutiva da mulher.

As consequências ultrapassam o nível individual e familiar, atingindo toda a sociedade, pelo agravamento dos custos com a saúde e baixa produtividade laboral e capacidade de participação social.

2. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

Os Centros de saúde são as “(...) primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica (...)” (DL nº 157/99).

O mesmo Decreto-Lei no artigo 2º caracteriza e estabelece os objectivos dos Centros de saúde: “(...) têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população (...) a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença (...) ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade.”

As atribuições do Centro de Saúde estabelecidas no artigo 4º do citado Decreto-Lei determina que para além da responsabilidade ao nível da promoção são suas atribuições “(...) a prestação de cuidados na doença, quer na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade dos cuidados (...)” devendo orientar a sua acção para a saúde individual, familiar, de grupos e da comunidade.

A estrutura dos Centros de saúde definida pelo DL 157/99 é constituída por diversas unidades funcionais que se devem articular entre si, nomeadamente:

Unidade de saúde familiar – “ (...) tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantido acessibilidade, a continuidade e a globalidade (...)” (art. 12º).

Unidade de cuidados na comunidade – “ (...) tem como missão a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, com identificação e acompanhamento das famílias com situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde (...) ” (art. 13º).

Unidade operativa de saúde pública – “ (...) tem como missão organizar e assegurar actividades no âmbito da protecção e promoção da saúde da comunidade, com incidência prioritária no meio ambiente, em geral, em meios específicos como as escolas e os locais de trabalho, bem como a prestação de cuidados de âmbito comunitário, designadamente no que se refere a grupos populacionais particularmente vulneráveis e problemas de saúde de grande impacte social.” (art. 14º).

Os hospitais da rede pública de saúde disponibilizam à população cuidados de saúde diferenciados, com responsabilidade na intervenção secundária e terciária. Contudo, as actividades de Educação para a Saúde e a Promoção da Saúde devem ser realidades do exercício dos profissionais de saúde, a qualquer dos níveis da prestação de cuidados.

É ao nível hospitalar que estão sedeados serviços de urgência e as valências de especialidades como os serviços de Obstetrícia, de Ginecologia, de Pediatria, de Psiquiatria, entre outros.

Sabe-se que as mulheres vítimas de maus-tratos conjugais sofrem por vezes traumatismos que determinam recurso ao serviço de urgência. O acompanhamento obstétrico e ginecológico de muitas mulheres é realizado nas consultas hospitalares da especialidade. A responsabilidade de acompanhamento dos filhos a consultas de pediatria é ainda muito centrada na mulher. As consultas de psiquiatria são realizadas em hospitais.

As mulheres vítimas de maus-tratos recorrem ao hospital em situação de consequências imediatas de maus-tratos e em outras situações de desequilíbrio de saúde ou para o nascimento dos filhos e também para acompanhamento destes ou de outros familiares.

São muitas as oportunidades de contacto entre mulheres maltratadas e os profissionais dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde.

Salientando o facto de que os maus-tratos são um problema de saúde, parece ser evidente a responsabilidade das instituições e dos profissionais que aí exercem o diagnóstico dessas situações e a necessidade de uma intervenção abrangente, ou seja, ao nível da educação e prevenção e não só centrada no tratamento.

Os profissionais de saúde têm responsabilidade na saúde das comunidades pelo que devem considerar e saber identificar o fenómeno da violência conjugal no exercício das práticas clínicas.

São estes profissionais que se encontram na primeira linha de possível recurso, já que o Centro de Saúde é habitualmente frequentado para vigilância de saúde da própria mulher e dos filhos.

Os profissionais de saúde, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (médicos e enfermeiros de família), estão numa situação privilegiada para exercer um papel de educação para a saúde da família e diagnosticar os casos de violência sobre as mulheres.

O Centro de Saúde e o Hospital são locais que interagem com as mulheres em algum(ns) momento(s) das suas vidas.

Tal como dizem Trindade & Teixeira (2000) as necessidades em saúde ultrapassam as necessidades físicas dos clientes dos centros de saúde e dos hospitais e nestas instituições de saúde é hoje reconhecida a dificuldade que os profissionais têm para intervir com o objectivo de aumentar o bem-estar considerando-o de forma holística. As dificuldades profissionais de que falam os autores radicam nas abordagens comunicacionais que criam insatisfação aos clientes e não se revelam capazes de preservar e incrementar a saúde mental ajudando as pessoas a ultrapassar as dificuldades inerentes às fases de transição do ciclo de vida, do ciclo familiar e a ultrapassar as crises pessoais, familiares e sócio-laborais.

A utilização de competências ao nível da comunicação entre profissional de saúde e cliente é uma ferramenta indispensável para desenvolver uma relação de confiança e empatia que permita às mulheres falarem dos seus casos, sem medo de serem culpabilizadas pela expressão de juízos de valores e desvalorização do seu sofrimento.

É também necessário que conheçam os estereótipos sociais de género e de violência nas relações afectivas para que eles próprios não manifestem atitudes e comportamentos que impeçam um atendimento despojado de preconceitos e proporcione uma relação profissional aberta às necessidades das clientes.

O cuidar, segundo Hesbeen (2001), é um objectivo comum a todos os profissionais de saúde, “*é a intenção comum*” que deve presidir na equipa multidisciplinar e que será depois diferenciada pela especificidade de cada profissão, (eg. Enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social) exercida em complementaridade em prol do “alvo” comum que é o cliente.

Cuidar em saúde é ir ao encontro da outra pessoa no sentido de a ajudar a desenvolver o seu projecto de saúde e de a acompanhar nesse processo. Para isso é necessário que os profissionais do sector desenvolvam uma relação com os clientes,

capaz de gerar a confiança necessária ao reconhecimento da sua capacidade de os ajudar na resolução de determinada situação.

Para conseguir esse nível de relacionamento terapêutico, são requeridas competência ao nível técnico-científico mas também qualidades humanas, a utilizar de forma ajustada a cada situação. Transmitir o interesse genuíno pela pessoa, não a encarar simplesmente como objecto de um cuidado, com uma determinada patologia ou lesão, mas demonstrando interesse caloroso por ela e determinação em considerar tudo o que está para além do mais visível no corpo onde pode estar a fonte da sua maior preocupação. Nela, pode-se encerrar o motivo do estado de desequilíbrio manifestado pelo corpo. Requer tempo, paciência e capacidades comunicacionais que permitam fazer emergir os saberes e as capacidades da pessoa para se ser efectivamente capaz de a ajudar a seleccionar o caminho mais adequado à resolução do seu problema de saúde, aconselhando-a (Hesbeen, 2001).

Diz-nos o mesmo autor que *“aconselhar não significa dar conselhos”* mas sim, citando Lhotellier *“criar um tipo de relação que permita ao utente, à pessoa que temos frente a nós, ganhar suficiente confiança nela mesma para conseguir tomar decisões positivas”* (p. 29-30) e que a situação de saúde geradora de sofrimento pode assim servir para recriar a vida no sentido de lhe restituir sentido, alterar escolhas e comportamentos mais consentâneos com um maior estado de saúde para si e para os seus familiares.

Segundo Fiske (2002) a informação é essencial ao agir humano em sociedade, sendo não só um direito mas também uma necessidade. É ela que vai permitir aos sujeitos em relação, entender e agir sobre o ambiente social, partilhar a compreensão e o comportamento com grupos, culturas e subculturas.

O indivíduo existe num mundo social que não pode ser esquecido ou dissociado daquilo que o informa e que foi obtido através das suas experiências de aculturação e de socialização contínuas, da sua história de vida. As ideias, as crenças, os estereótipos e os preconceitos coexistem em todos os indivíduos.

Na relação entre o profissional de saúde e o cliente esses aspectos estão presentes, de forma espontânea e inconsciente, acrescentando o facto de nessa relação se confrontarem essas crenças leigas, que todos os indivíduos transportam, e as crenças

fundamentadas do saber científico do profissional, assim como as expectativas de uns e de outros.

Os profissionais de saúde têm para além do conhecimento especializado, crenças leigas que coexistem com o saber científico, influenciando a comunicação. A comunicação entre profissionais de saúde e clientes é um processo determinado por múltiplos factores, e estes são o contexto em que a interacção ocorre. O profissional e o utente formam uma “*díade*” em interacção, estabelecendo assim uma relação. Nela, os saberes profissionais e as crenças coexistem e podem ser comunicadas pela interacção estabelecida, influenciando o cliente e conseqüentemente a tomada de decisão. A forma como a comunicação é utilizada vai influenciar a adesão do utente, as suas expectativas e as suas decisões (Ogden, 2000).

Os mitos e estereótipos sobre os papéis de género, a família, a violência conjugal devem ser desconstruídos nestes profissionais, através da formação, para que, não só não os deixem influenciar a sua relação profissional e prática clínica, como para lhes permitir exercer o papel de educadores e de promotores da saúde de homens e mulheres e de famílias mais saudáveis.

O diagnóstico correcto das situações de violência conjugal requer que os profissionais de saúde conheçam e valorizem os sinais e sintomas que possam representar eventuais indícios de violência e que disponham de tempo para estabelecerem um diagnóstico correcto, a partir da relação e da capacidade de escuta de quem vive a situação.

Nesse sentido os profissionais de saúde devem conhecer ao principais factores de risco para uma mulher ser maltratada e para o homem ser agressor para poderem detectar precocemente esse mesmo risco e agir no sentido de os minimizar, desempenhando deste modo actividade profissional ao nível da prevenção primária:

- Factores de risco e de vulnerabilidade para maltrato à mulher – história de violência na família de origem, casais com desequilíbrio de poder entre homem e mulher, gravidez, isolamento psicológico e social, dependência, submissão e baixa auto-estima, consumos de álcool ou drogas e baixo nível cultural e socioeconómico;
- Factores de risco para ser agressor – história de violência na família de origem, alcoolismo e desemprego (Fernández Alonso et al., 2003).

Mas o mesmo autor alerta que os profissionais devem ter presente que muitas mulheres são maltratadas e homens agressores sem apresentarem factores de risco.

Para o mesmo autor a prevenção primária pode ser desenvolvida a partir da identificação dos riscos, pelo acompanhamento atento e continuado da família, possível ao nível dos cuidados de saúde primários. As situações de maior vulnerabilidade, como a gravidez, devem ser também monitorizadas relativamente à ocorrência de violência sobre a mulher. Se forem precocemente diagnosticados os riscos, os profissionais poderão encaminhar para o apoio psicossocial adequado e diminuir a possibilidade de maiores repercussões sobre a saúde e favorecer a interrupção do ciclo de violência transgeracional.

A prevenção primária da violência é uma responsabilidade de todos e não só dos técnicos de saúde, mas estes, pelo seu contacto privilegiado com as famílias, devem integrar nas suas práticas a preocupação com essas questões e intervir promovendo também a educação para a igualdade e a tolerância, numa perspectiva de relação familiar mais saudável e propiciadora de segurança, afecto e preparação futura dos mais novos. Nomeadamente ao nível dos cuidados primários de saúde, o envolvimento em parcerias por exemplo com autarquias e com escolas poderão ser estratégias de prevenção a utilizar.

Quanto à prevenção secundária, o diagnóstico precoce permite a diminuição de situações mais severas e com mais repercussões na saúde da mulher e da família.

A acessibilidade ao centro de saúde pode ser um aspecto facilitador para o pedido de ajuda de que a mulher necessita e o contacto continuado a par do conhecimento do contexto familiar são aspectos facilitadores para que os profissionais detectem precocemente sinais de violência conjugal (Fernández Alonso et al., 2003).

Nesse sentido o autor refere a importância de uma observação adequada para detectar sinais que podem evidenciar maus-tratos, tais como:

- Ferimentos, hematomas atendendo à sua localização e características;
- Discrepância entre a descrição do acidente e aspecto e localização das lesões;
- Demora na solicitação de ajuda para o tratamento de lesões;

- Queixas crónicas como cefaleias, dores abdominais, distúrbios do sono, disfunção sexual, consumo abusivo de medicação e percepção negativa da saúde em geral;
- História pessoal de abortos provocados e espontâneos;
- Absentismo laboral e recurso muito frequente a serviços de saúde;
- Sintomas psíquicos como depressão, ansiedade, ideias suicidas, stress pós-traumático;
- Atitudes da mulher maltratada características de nervosismo, medo, sobressalto fácil, com fuga a perguntas, evitamento do contacto visual, autculpabilização, passividade, incapacidade para tomar decisões, inquietação, recusa em deixar-se observar;
- Atitudes do agressor como excessiva preocupação e controlo ou o oposto e desvalorização dos acontecimentos;
- Estado emocional da mulher maltratada como manifestações de medo e de morrer, tristeza, ansiedade;

Acrescenta ainda a importância da realização de uma entrevista, com privacidade e tempo com a mulher para que possa ser validada a suspeita de maus-tratos e estabelecido um plano de intervenção. A entrevista deve ser gradual, atendendo à reacção demonstrada pela mulher e pautar-se por normas que permitam:

- Assegurar a confidencialidade;
- Demonstrar disponibilidade pessoal e de tempo;
- Estar atento à linguagem verbal e não-verbal;
- Facilitar a expressão de sentimentos;
- Desenvolver a empatia e a escuta activa para facilitar a comunicação;
- Ajudar a compreender que não tem qualquer tipo de culpa na situação;
- Assegurar que a violência não se justifica nas interacções humanas;
- Confiar na mulher, na sua percepção sobre a situação sem juízos de valor para lhe facilitar a revelação da situação e lhe diminuir o medo;
- Falar abertamente da violência e alertar para os riscos que corre;

- Ajudá-la a pensar, a assentar ideias e favorecer a tomada de decisão, respeitando o seu ritmo e decisões;
- Realizar registo objectivo da entrevista e assegurar e planear a continuidade da monitorização.

A intervenção terciária caracteriza-se por uma actuação mais imediata no estado de saúde da mulher para o tratamento das lesões e de alterações do equilíbrio psiquiátrico (risco de suicídio, depressão) mas os profissionais devem alargar a sua atenção e actuação a todo o contexto familiar.

À mulher deve ser fornecida informação sobre os recursos adequados à situação de crise e proceder ao encaminhamento necessário, desencadeando as intervenções interdisciplinares necessárias também aos seus filhos, nomeadamente de suporte e de segurança (casa-abrigo, apoio psicossocial, familiar e jurídico), que permitam a avaliação do risco de reincidência das agressões e de eventual risco de homicídio ou de suicídio para a mulher e de existência de maus-tratos também aos filhos e proceder à denúncia da situação.

Os filhos são muitas vezes também alvo de maus-tratos do mesmo agressor da sua mãe ou quando o não são, testemunham agressões entre o casal que podem pôr em risco a sua saúde mental. Sabe-se ainda que o risco de as crianças serem maltratadas pela mãe é maior quando esta é vítima de maus-tratos.

Os profissionais de saúde devem na consecução deste processo incluir o agressor como “alvo” de intervenção. Sem desvalorizar a gravidade e inadequação das suas acções e injustificação do comportamento, devem encaminhá-lo para lhe ser facultada ajuda psicoterapêutica. Este aspecto é deveras importante considerando que a mulher maltratada vive vários anos com o agressor e que cerca de 30% regressam à coabitação com o companheiro maltratante e que mesmo que definitivamente a situação conjugal se rompa, existe o risco de o agressor ter novas relações conjugais e vitimizar outras mulheres (Fernández Alonso et al., 2003).

Assim, a intervenção em qualquer nível da prestação de cuidados deve considerar o contexto familiar, para que seja potenciadora de comportamentos favoráveis à saúde actual e futura e interrompa o ciclo de violência.

Para o fazerem com esta amplitude de intervenção os serviços de saúde e os profissionais devem estar devidamente organizados e preparados.

Fernández Alonso et al. (2003) fazem sobressair a necessidade de proporcionar aos profissionais formação adequada para o diagnóstico e para a intervenção na violência familiar, sendo mesmo uma recomendação da OMS (2002) a integração de módulos sobre a violência familiar, numa perspectiva de problema de saúde, nos currículos escolares dos cursos de Medicina e de Enfermagem.

O autor salienta que é necessário, que os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde se preocupem e detectem as necessárias condições dos serviços favorecedoras de uma actuação mais adequada.

As condições organizacionais, nomeadamente as relativas ao *ratio* profissional/clientes e conseqüentemente ao tempo de disponibilidade dos mesmos, devem ser baseadas nas reais necessidades para a intervenção de qualidade.

Devem existir protocolos de atendimento e encaminhamento, em parcerias inter e multidisciplinares, conhecidos de todos e de execução flexível.

As instalações devem ser suficientes e permitir a privacidade, com processos de atendimento e administrativo favorecedores da confidencialidade.

“A comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados de saúde” (Ramos, 2004, p. 297-298).

A mesma autora chama a atenção para a frequente insatisfação dos clientes de cuidados de saúde quanto às posturas comunicacionais dos técnicos, as quais devem ser repensadas para que evoluam para uma capacidade comunicacional interactiva, capaz de colocar em comum as significações da comunicação verbal e não-verbal e de permitirem um relacionamento empático e caloroso.

Um estudo realizado na universidade de Seattle, com médicos de família, revelou diversas razões que se situam ao nível profissional mas também cultural e individual e que emergiram como dificultadoras da abordagem da violência na família:

- 20% dos médicos confessou medo de se confrontar com o imprevisto e possível descontrolo na situação;
- 50% alegaram a falta de tempo para o fazer mas também o medo de ofender as clientes com a pergunta, a falta de preparação para abordar o tema;
- 42% temiam não ter capacidade para controlar o comportamento da vítima;

- 39% não o faziam por se identificarem com os clientes;
- Alguns questionavam a credibilidade da mulher (Fernández Alonso et al., 2003).

Pereira, Matos & Machado (2006) referem reportando-se a Bergen (1996) que um estudo realizado em 621 centros de crise para mulheres vítimas de violação e casas-abrigo, revelou que só 4% dos profissionais tinha em consideração no exercício da sua actuação, a violação marital.

Os dados obtidos nestes estudos reforçam a necessidade de formação sobre violência familiar como problema de saúde e a desconstrução de estereótipos e preconceitos culturais sobre a violência de género, inibidoras para os técnicos da actuação necessária.

Ramos (2004) afirma que os estereótipos e os preconceitos, têm o objectivo de controlar o ambiente de forma esquemática, simplificada e rígida, pelo que constituem um obstáculo à comunicação, dificultando a transmissão de mensagens e a sua correcta descodificação, inibem a percepção da realidade dos acontecimentos e influenciam negativamente as percepções.

Nesse sentido o auto-conhecimento dos profissionais, a compreensão dos contextos culturais e sociais, o desenvolvimento da capacidade de auto-reflexão e de descentração de si, são aspectos que a mesma autora aponta como necessários na formação dos profissionais de saúde.

Na Argentina, a universidade de Buenos Aires, decidiu validar um questionário que permitisse diagnosticar casos de violência nas consultas de cuidados de saúde primários, desenvolvido em diversas instituições de saúde sexual e reprodutiva de cinco países da América Latina e Caribe. O questionário incluía todos os tipos de violência sobre a mulher - física, sexual (na idade adulta e na infância) e psicológica - como, quando e quem a protagonizava, assim como a percepção do risco pela mulher. Foi validado no terreno, durante o período de um ano (Outubro de 2002 a Outubro de 2003) e permitiu perceber que as mulheres que participaram no estudo não entenderam o questionário como devassa da sua vida privada nem consideraram que resultasse intimidatório, salientando a possibilidade que representou e facilitou a exposição da situação, favorecendo a diminuição do sofrimento e permitindo-lhes obter ajuda. O questionário foi validado relativamente à sua sensibilidade e confiabilidade, revelando-se uma

ferramenta mais útil no diagnóstico do que a entrevista centrada em perguntas menos específicas (Majdalani et al., 2005).

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – DA POBLEMÁTICA À METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos o percurso desde a problemática do estudo à metodologia que utilizamos na investigação empírica.

1. PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A violência conjugal tem acompanhado a existência humana ao longo dos tempos.

Na actualidade representa um fenómeno sem fronteiras culturais, sociais, religiosas ou económicas.

Ao longo das gerações, papéis de género, comportamentos e funções sociais veiculados através da cultura e relações sociais revelam-se de lenta mudança, como por exemplo, a violência conjugal.

Durante várias décadas, o problema da violência conjugal foi considerado assunto familiar, privado e legitimado por valores de uma cultura patriarcal e sustentado pelos discursos de género e de conjugalidade socialmente dominantes (Matos, 2002).

As relações sociais e familiares entre homens e mulheres têm caminhado no sentido da igualdade, o papel da mulher na vida social em geral tem vindo a ser mais activo e interventivo, mas a violência conjugal continua a atingir demasiadas mulheres.

As opções políticas, os recursos jurídicos, o apoio proporcionado pelas ONG, a visibilidade conferida ao fenómeno e as campanhas de sensibilização têm sido importantes marcos de viragem, que abriram um caminho ainda longo, mas com potencial de ser percorrido com ganhos para toda a sociedade.

O impacto da violência conjugal na saúde da mulher e da família influencia negativamente o seu papel e desempenho social, aumenta os custos em cuidados de saúde e diminui a produtividade da mulher e de todos os elementos da família.

Os profissionais de saúde têm sobre a saúde das comunidades grande responsabilidade, ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença e não só no tratamento e reabilitação da mesma. A gestão da saúde como um recurso para a vida, objectivo proposto pela OMS, deve ser perseguido em inter-colaboração de diversas áreas sociais.

Concretamente no âmbito da violência conjugal, é nossa percepção que a participação dos profissionais de saúde nos cuidados a essas mulheres, está ainda relativamente a descoberto quer no que concerne ao rastreio de situações de maus-tratos conjugais, quer no investimento ao nível da promoção da saúde individual e familiar. Questionámo-nos ainda se as mulheres que recorrem às urgências hospitalares percebem por parte dos profissionais de saúde, uma abordagem efectiva, securizante e interdisciplinar que nos parece indispensável no atendimento e encaminhamento de mulheres vítimas de maus-tratos.

Se o alvo dos profissionais de saúde para a obtenção de ganhos em saúde são o indivíduo, a família e a comunidade, se a comunicação e a relação terapêutica são ferramentas desses profissionais, quais são as expectativas e que reconhecimento têm as mulheres vítimas de violência conjugal desse recurso?

Conhecer e compreender o fenómeno, na perspectiva de quem o experimentou, parece-nos ser um importante passo para a sensibilização e eficiente intervenção. A qualquer nível da prestação de cuidados de saúde, os profissionais do sector, poderão ter um importante papel ao nível da prevenção, do diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamento, promovendo a saúde da mulher e da família.

Foi neste contexto reflexivo que surgiu o nosso **Problema de Investigação:**

Como vivenciam as mulheres os maus-tratos conjugais e quais as suas expectativas relativamente à intervenção dos profissionais de saúde?

E as **Questões de Investigação** que do mesmo emergiram:

- O que são maus-tratos na perspectiva das mulheres que os vivenciam?
- Como se manifestam os maus-tratos?
- Quais os maus-tratos prevalentes e de que forma evoluíram?
- Qual a perspectiva da mulher quanto ao motivo dos maus-tratos?
- Quais são as repercussões de maus-tratos que a mulher identifica a nível pessoal, familiar e social?
- Como é que as mulheres se adaptam ao processo de mau-trato conjugal?
- Que recursos utiliza a mulher em situação de maus-tratos?
- Qual a utilização de recursos de saúde?

- Que expectativas têm as mulheres maltratadas relativamente aos profissionais de saúde?
- Assim, traçámos para o nosso estudo os seguintes objectivos gerais:
- Conhecer as experiências de maus-tratos de mulheres maltratadas pelo cônjuge, com apoio do gabinete de Apoio à Família de Viana do Castelo;
- Conhecer as expectativas das mulheres maltratadas pelo cônjuge, com apoio do gabinete de Apoio à Família de Viana do Castelo, relativamente aos profissionais de saúde.

Os quais se desdobram nos seguintes objectivos específicos:

- Identificar conceito de maus-tratos conjugais na perspectiva da mulher maltratada;
- Identificar os maus-tratos infligidos a estas mulheres;
- Conhecer a génese e evolução dos maus-tratos, nestas mulheres;
- Identificar motivos de maus-tratos conjugais, nestas mulheres;
- Conhecer processo de adaptação destas mulheres aos maus-tratos conjugais;
- Conhecer a perspectiva destas mulheres relativamente às repercussões dos maus-tratos conjugais;
- Identificar recursos comunitários utilizados por estas mulheres face às situações de maus-tratos conjugais;
- Conhecer a acessibilidade das mulheres maltratadas pelo cônjuge aos profissionais de saúde;
- Conhecer as expectativas das mulheres maltratadas pelo cônjuge, relativamente às intervenções dos profissionais de saúde.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Centrando a nossa atenção nas características e intenções do estudo que pretendemos desenvolver, “*interessado em compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que actua.*” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 177 cit Reichard & Cook, 1986), considerámos que o paradigma de investigação orientador seria o **Qualitativo**, pois é aquele que permite ao investigador embrenhar-se no processo de recolha de dados no sentido de apreender o significado atribuído pelos participantes no estudo e compreender a sua perspectiva, utilizando a análise indutiva dos dados e descrevendo-os de forma significativa, contextualizada e fiel à forma como foram recolhidos (Bogdan & Biklen, 1994).

Inserido num paradigma qualitativo, o tipo de estudo que pretendemos desenvolver configura-se como um **Estudo de Caso do tipo Histórias de Vida**.

“*O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico.*” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 89) e tal como salienta Yin (1988) cit in Carmo & Ferreira (1998) “*(...) constitui a estratégia preferida quando se quer responder a questões de “como” ou “porquê”; o investigador não pode exercer controlo sobre os acontecimentos e o estudo focaliza-se na investigação de um fenómeno actual no seu próprio contexto*” (p. 216).

No estudo de caso do tipo Histórias de Vida

“*(...) o investigador leva a efeito entrevistas exaustivas com uma pessoa, tendo como objectivo coligir uma narrativa na primeira pessoa. (...) Algumas entrevistas de vida são dirigidas para abarcar a vida inteira do sujeito, desde o nascimento até ao presente, outras são mais limitadas. Aqui procuram-se dados referentes a um período específico da vida da pessoa (...)*” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 92-93).

A citação destes autores, enquadra o tipo de estudo que pretendemos realizar com o objectivo de conhecer e de compreender a vivência pessoal numa determinada situação/acontecimento, através da narrativa pessoal.

Na história de vida o sujeito é em simultâneo personagem e narrador do vivido, da “vida vivida” no desenrolar de factos, pela forma de agir, pelos hábitos, costumes e ética social mas também por aquilo que sonha, “vida sonhada”, que pode impelir o

indivíduo para a concretização de projectos ou servi-lhe de refúgio às desilusões da vida vivida (Poirier; Clapier-Valladon & Raybaut, 1999).

3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a constituição das Histórias de vida, seleccionamos como estratégia principal de recolha de dados a Entrevista semi-directiva pois é a que permite obter dados com “ (...) *um controlo mínimo do processo de memorização e uma liberdade de expressão máxima, deixada ao narrador*” (Poirier; Clapier-Valladon & Raybaut, 1999, p.26) e também pela complexidade da problemática em estudo, centrada na vida pessoal “dentro de portas” e num aspecto da mesma penoso.

“Pode dizer-se que os narradores possuem todas as “respostas”, mas que são incapazes de formular as “perguntas” (Poirier; Clapier-Valladon & Raybaut, 1999, p. 22).

Neste sentido, e para que das entrevistas resultasse uniformidade relativamente aos aspectos que pretendíamos fossem abordados pelas participantes no estudo, elaborámos um guião de entrevista.

O guião de entrevista (Anexo 1) foi elaborado com base na revisão da bibliografia e nos objectivos propostos para o estudo, e orientou as entrevistas formais, individuais que realizámos.

Por razões directamente relacionadas com a natureza da problemática em estudo, aspectos da vida familiar privada geradores de sofrimento, não procedemos ao pré-teste do guião de entrevista, o que seria eticamente reprovável por evocar situações de vida dolorosas sem haver um contributo da experiência dessa mulher para o estudo.

As mulheres que conosco colaboraram foram previamente contactadas por nós, por telefone, e o momento da entrevista foi marcado de acordo com a sua disponibilidade e no local por elas seleccionado. Duas participantes optaram por colaborar na sua própria casa e as restantes escolheram as instalações do Gabinete de Atendimento à Família (GAF), onde nos foi proporcionada uma sala para o efeito, com privacidade e sem limite de tempo para a sua utilização. Após um período de introdução e preparação da entrevista, no qual a mulher foi esclarecida dos objectivos do estudo, da sua liberdade de colaboração e lhe foi assegurada a confidencialidade e anonimato da

sua História, foi obtido o consentimento de todas para procedermos à gravação dos dados em fita áudio.

Este aspecto pareceu-nos facilitador, por três ordens de razão: a primeira foi a de permitir um maior contacto visual com cada mulher, o que é importante em termos de comunicação, reforça o interesse que as suas palavras tinham para nós. A segunda razão foi a possibilidade de melhor apreender a sua postura corporal e expressões que são uma faceta importante da comunicação, permitindo-nos, discretamente, anotações. E por último, porque nos permitiu a recolha de grande quantidade de dados, nas palavras proferidas por cada uma das mulheres.

O início da gravação aconteceu após apresentadas de forma simples às mulheres que conosco participaram, as áreas que gostaríamos tratar, de acordo com guião da entrevista, a citar:

1. Relação conjugal
2. Estratégias pessoais para lidar com a situação
3. O pedido de ajuda

Após o relato às anteriores questões, colocámos, quatro perguntas semi-abertas com o objectivo de conhecer o conceito ou significado atribuído por cada mulher, aos seguintes termos: casamento/união; família; maus-tratos; violência conjugal e situação vivida.

No sentido de podermos caracterizar as participantes no estudo, realizámos após o relato de cada uma, um questionário de caracterização sócio-demográfica (Anexo 2), por nós preenchido, na presença da mulher.

4. DO TERRENO DE PESQUISA À CONSTITUIÇÃO DA POPULAÇÃO

Com o intuito de viabilizar o desenvolvimento do estudo, optámos por recorrer a uma instituição que pudesse conosco colaborar no acesso a mulheres vítimas de violência doméstica.

Desde logo, verificámos que a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), instituição nacional de referência no âmbito da violência doméstica, com rede de apoio

a nível nacional, não possui um gabinete na cidade de Viana do Castelo, existindo um em Braga e outro na cidade do Porto.

Verificámos ainda que as estatísticas da APAV, apresentam dados de vitimação por gabinete em que são recebidas as queixas, no caso Braga e Porto, e não por região de origem da vítima, o que impossibilita a obtenção de dados estatísticos referentes ao distrito de Viana do Castelo.

Estes aspectos tornaram-se desafiadores e impeliram-nos a procurar desenvolver o estudo com mulheres do distrito de Viana do Castelo e contribuir assim para a visibilidade do fenómeno e dos recursos comunitários oferecidos, a nível distrital.

O Distrito de Viana do Castelo localiza-se no Norte de Portugal, na província do Minho. É composto pelos concelhos de Valença, dos Arcos de Valdevez, de Ponte de Lima e de Viana do Castelo.

Conhecíamos a existência do Gabinete de Atendimento à Família (GAF), em Viana do Castelo, com intervenção na área da violência doméstica, e que poderia constituir o modo de aceder a mulheres vítimas de maus-tratos conjugais. Importava aprofundar o conhecimento relativo à missão do GAF e estabelecer contacto formal com esse gabinete. Nesse sentido solicitámos uma entrevista com o Coordenador do GAF, com o objectivo de expor o propósito do estudo que pretendíamos desenvolver e solicitar acessibilidade, a qual foi prontamente concedida.

Numa segunda fase, procedemos à análise da situação da população maltratada no distrito, com o apoio do GAF, através de entrevista exploratória com os elementos da equipa multidisciplinar de intervenção no âmbito da violência doméstica, constituída por Psicólogas, Advogada e Socióloga.

Utilizámos ainda na análise inicial da situação, os dados estatísticos que nos foram facultados sobre violência doméstica do GAF, referentes ao ano de 2004.

4.1. O Gabinete de Atendimento à Família

O GAF é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sedeada em Viana do Castelo, criada pela Ordem dos Padres Carmelitas, da mesma cidade, em 24 de Maio de 1994.

Tem como missão a promoção da família nas suas diferentes dimensões e proporcionar resposta global e integrada às emergentes problemáticas da actualidade, como a ruptura familiar e as relacionadas com a exclusão social, no distrito de Viana do Castelo.

Recentemente, em Janeiro de 2007, foi estabelecido um protocolo de colaboração no âmbito da violência doméstica, homologado pela Secretaria de Estado e da Reabilitação e pela Secretaria de Estado da Presidência do Conselho de Ministros com o GAF e subscrito pelas seguintes entidades:

- Instituto de Segurança Social
- Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica
- Câmara Municipal de Viana do Castelo
- Guarda Nacional Republicana de Viana do Castelo
- Polícia de Segurança Pública de Viana do Castelo.

Pelo estabelecimento deste protocolo, o trabalho desenvolvido pelo GAF no âmbito da violência doméstica mantém-se mas de forma diferenciada passando a designar-se Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica de Viana do Castelo, com alargamento da área de actuação, conforme os objectivos que se apresentam:

- Atender, acolher e encaminhar as vítimas de violência doméstica.
- Desenvolver parcerias locais que visem soluções de atendimento e encaminhamento mais eficazes.
- Recolher informação e produzir diagnóstico de caracterização local das situações de violência doméstica, identificar os principais problemas e promover soluções adequadas aos mesmos.
- Comunicar ao Instituto de Segurança Social e à Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica os casos de violência doméstica sinalizados.
- A responsabilidade pelo controlo e qualidade dos serviços prestados é da Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (Fonte: site do GAF, 2007).

Para o cumprimento da missão a que se propôs, o GAF oferece diversos serviços devidamente planeados e estruturados. Apontamo-los de forma geral e desenvolvemos a apresentação daqueles que se relacionam directamente com a problemática em estudo.

4.1.1 Centro de apoio psicossocial e dados estatísticos referentes ao ano de 2004

Este serviço é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar formada por técnicos de serviço social, psicólogos, educadores sociais, juristas e outros profissionais qualificados.

Tem como alvo de intervenção os problemas relacionados com a integração familiar, profissional e social.

Disponibiliza aos utentes, entre os quais vítimas de violência doméstica, os seguintes recursos:

- Consulta psicológica
- Acompanhamento Social
- Consulta jurídica
- Acompanhamento espiritual

No ano de 2004, este serviço atendeu 161 mulheres vítimas de violência doméstica, de diversas faixas etárias: menos de 16 anos até mais de sessenta anos. As faixas etárias mais representadas são as correspondentes à idade adulta, percentualmente distribuídas da seguinte forma:

- 41-45 anos – 18%
- Mais de 60 anos – 18%
- 31-35 anos – 17%
- 26-30 anos – 16%

O nível de escolaridade da maioria é baixo. 1% das mulheres são analfabetas e a maioria tem o nível de escolaridade, correspondente ao ensino básico:

- 1º Ciclo – 49%
- 2º Ciclo – 23%
- 3º Ciclo – 20%

5% das mulheres tem habilitações académicas ao nível do ensino secundário e 2% ao nível do ensino superior.

Quanto ao estado civil das mulheres atendidas:

- 56% são casadas
- 22% são solteiras
- 18% são divorciadas
- 4 % são viúvas

Quanto à situação laboral, a maioria das mulheres que em 2004 foi atendida pelo centro de apoio psico-social era desempregada – 57% e 6% eram domésticas. As mulheres empregadas representavam 31%. As restantes distribuíam-se pelas situações de: pensionista por invalidez (3%), reformada (2%) e à procura do primeiro emprego (1%).

A maioria tem filhos (27% 1 filho; 35 % tem 2 filhos) e 17 % não tem filhos.

Casa Abrigo

É um serviço gratuito, em funcionamento desde o ano 2000.

Destina-se a acolher, acompanhar e integrar mulheres e famílias monoparentais cujo progenitor do sexo feminino é vítima de violência doméstica.

Desenvolve actividades que promovem a reconstrução do projecto de vida de cada mulher/família, facilitadora da sua integração profissional, social e afectiva.

A admissão na casa abrigo é precedida da avaliação da Equipa Técnica do Centro de Apoio Psicossocial do GAF e depende da denúncia do crime de maus-tratos, pela vítima, às autoridades competentes.

Ao abrigo de protocolos estabelecidos com a APAV, com o Centro Hospitalar do Alto-Minho (CHAM, E.P.E.) através do seu serviço social e com centros de saúde, nomeadamente do município de Viana do Castelo, as mulheres podem provir de outras zonas do país, quando este distanciamento é necessário à sua segurança ou por falta de vaga na casa-abrigo mais próxima da área de residência da vítima, conforme informação fornecida pela coordenadora da equipa da casa-abrigo.

Durante a mesma entrevista foi-nos referido que as mulheres que têm sido acolhidas na casa-abrigo são de baixo nível social com situação de pobreza associada e rede de apoio sócio-familiar deficiente e que algumas são elas próprias agressoras ou negligentes relativamente à família.

Em muitos casos, as mulheres reiniciam a relação com o agressor e em alguns casos iniciam uma segunda relação com outro agressor, apesar de, desde a admissão na casa-abrigo, ser planeada e desenvolvida intervenção psicológica individual.

O tempo de permanência das mulheres na casa-abrigo é de até seis meses, embora este prazo não seja rígido.

Durante o ano de 2004 foram acolhidas na casa-abrigo 57 mulheres.

A proveniência das mulheres foi maioritariamente (29) de outros distritos; 16 mulheres eram provenientes do concelho de Viana do Castelo e 12 mulheres eram provenientes do distrito de Viana do Castelo.

As mulheres acolhidas nesse ano tinham baixo nível de escolaridade: 22 mulheres tinham o 4º ano de escolaridade; 12 mulheres tinham o 6º ano de escolaridade e 9 mulheres tinham o 9º ano de escolaridade.

Quanto à situação laboral, 45 eram desempregadas.

Relativamente à caracterização etária: a maioria (39 mulheres) tinha entre 26 e 40 anos, 10 mulheres situavam-se na faixa etária dos 19 aos 25 anos, 7 mulheres tinham mais de 40 anos e 1 mulher menos de 18 anos.

O agressor destas mulheres era em 38 casos o marido e em 19 casos o companheiro.

A maioria (52) das mulheres tinha filhos. Destas, 12 tinham um filho; 25 tinham dois filhos e 15 mulheres tinham entre três a cinco filhos. As mulheres sem filhos eram cinco.

Espaço Mulher

Destina-se a prestar apoio a mulheres que foram ou são vítimas de violência doméstica. É um serviço gratuito, que consiste na formação de um grupo terapêutico que permita a partilha e a inter-ajuda entre mulheres vítimas de maus-tratos.

De referir que este “espaço” não tem tido adesão por parte das mulheres às quais se destina.

Centro de acolhimento

Funciona desde Julho de 1996 com o objectivo de proporcionar resposta estruturada às problemáticas de exclusão social (como toxicodependência, alcoolismo, seropositividade, desemprego, sem abrigo, Imigrantes de Leste) desenvolvendo actividades promotoras de inclusão. Proporciona a satisfação de necessidades básicas (como acolhimento, alimentação, higiene e saúde), através da oferta de alojamento e distribuição de géneros alimentares e de roupa, a pessoas previamente avaliadas pelo Centro de apoio psicossocial.

Centro de formação e integração sócio-profissional

Direccionado a pessoas em situação de carência e exclusão social, visando a sua integração sócio-profissional.

4.2. Constituição da População do estudo

Após os procedimentos iniciais, a população foi constituída de forma intencional, com os seguintes **Critérios de inclusão**:

- Mulheres registadas no Gabinete de Apoio à Família – Viana do Castelo;
- Mulheres com experiência de maus-tratos pelo companheiro;
- Mulheres que vivem com o companheiro ou viveram até há três anos;
- Mulheres de diferentes gerações;
- Mulheres que vivam em meio rural;
- Mulheres que vivam em meio urbano;
- Mulheres que aceitassem participar no estudo.

A razão dos critérios de inclusão prende-se com o tipo de estudo e os objectivos delineados.

Tendo a nossa opção recaído na elaboração de um estudo de caso do tipo histórias de vida através da entrevista, como estratégia de recolha de dados, entendemos que a memória indispensável a um relato fluente e consistente, poderia estar comprometida com as mulheres cuja ruptura da relação fosse já longa.

Incluimos na população mulheres de meio urbano e meio rural e de diferentes gerações, considerando ser uma mais valia para o estudo, verificar se existem diferenças geracionais ou de meio social, relativamente ao fenómeno em estudo e imprimir ao mesmo alguma originalidade.

Depois de estabelecidos os critérios de inclusão, procedemos à selecção das potenciais participantes, a partir das fichas de registo do centro de apoio psicossocial do GAF. Esta selecção de voluntárias para o estudo foi realizada com a colaboração da equipa, nomeadamente da Advogada do referido serviço.

Importa salientar que, atendendo aos critérios de inclusão, meio social e situação conjugal, foram seleccionadas nesta fase do trabalho, sete mulheres de meio urbano e nove de meio rural. Depois de aplicado o critério diferentes gerações, no qual utilizámos o conceito de geração de Segalen (1999) “*peçoas com aproximadamente a mesma idade*” (p. 221), obtivemos um número de seis mulheres em cada categoria – meio rural e meio urbano do distrito de Viana do Castelo, e duas mulheres em cada categoria geracional. Relativamente à situação conjugal, cinco mulheres mantinham a mesma relação conjugal e sete tinham terminado a relação conjugal.

Assim, previmos estudar doze mulheres com experiência de maus-tratos conjugais, seis residindo em meio urbano e seis residindo em meio rural. Cada uma destas categorias ficou constituída por duas mulheres em cada geração. As idades das mulheres de meio rural variam entre os 25 e 62 anos e idade das mulheres de meio urbano variam entre os 29 e 61 anos.

O contacto com as mulheres seleccionadas foi estabelecido por uma das profissionais da equipa técnica do centro de apoio psicossocial do GAF, para manter o anonimato das mulheres em relação à investigadora e proporcionar-lhes total liberdade para fazerem a sua opção. Todas as mulheres foram informadas de que se tratava de um estudo sobre relações conjugais conducente a dissertação de mestrado. Todas aceitaram colaborar connosco, pelo que, nos foram fornecidos os seus dados pessoais, pois na fase de selecção os dados com que trabalhámos foram o número de processo do GAF, a idade e zona de residência.

Depois de obtido o consentimento contactámos cada uma das mulheres telefonicamente, para marcação da entrevista, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato da sua colaboração.

À medida que estabelecemos o contacto, marcámos a entrevista e realizámo-la. Esta forma de actuação fundamentou-se em diversos aspectos. O primeiro aspecto, diz respeito à nossa intenção de não induzir ansiedade na mulher durante um período longo, diminuindo o tempo entre o contacto e a realização da entrevista. Outro aspecto prendeu-se com a necessidade em conciliar o momento para entrevista com a nossa disponibilidade profissional, para evitarmos eventuais remarcações de entrevista e termos tempo para a sua realização. Esta questão do tempo, também em relação à mulher foi uma preocupação nossa, pelo que as informámos do tempo estimado para a entrevista - duas horas e meia a três. A entrevista foi marcada de acordo com as conveniências de cada mulher e em local por ela escolhido, no sentido de favorecer um espaço e tempo adequados à recolha de dados. Duas optaram por conceder esse momento nas suas casas e as restantes oito optaram pelas instalações do GAF, onde nos foi disponibilizada uma sala para o efeito com privacidade e sem limite de tempo de utilização.

Na fase de contacto para marcação da entrevista, deparámo-nos com a impossibilidade de contactar duas mulheres, por telefone desactivado. Foram ainda feitas tentativas para contactar uma delas através de um familiar. Tal procedimento não teve sucesso por recusa deste para estabelecer contacto, uma vez que se encontravam de relações cortadas. Com a outra não obtivemos forma de contacto alternativo. Estas duas mulheres não foram substituídas por duas razões:

Os contactos efectuados a outras duas mulheres com os mesmos critérios de inclusão, não foram bem sucedidos, por recusa de participação de uma mulher e por a outra ter emigrado.

A outra razão foi considerarmos que a redução do número de colaboradoras no estudo não o prejudicaria pelo cariz qualitativo da investigação e porque as duas mulheres em causa correspondiam a cada um do meio sócio-demográfico e à mesma geração (uma 29 anos e a outra 30 anos).

Assim, a **população alvo do estudo** (quadro nº 3) ficou constituída da seguinte forma:

- Dez mulheres com experiência de maus-tratos conjugais;
- Quatro mulheres mantêm-se na relação violenta;

- Seis mulheres estão separadas do agressor há 7 meses a 3 anos, oficialmente ou não;
- Todas residem no Distrito de Viana do Castelo;
- Cinco mulheres são de meio urbano com idades entre os 31 e os 61 anos;
- Cinco mulheres são de meio rural com idades entre os 25 e os 62 anos.

Quadro nº 3 – Distribuição da população alvo do estudo pelos critérios de inclusão e concelho de residência

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Idade	47	61	39	47	40	63	41	25	31	36
Contexto sócio-demográfico	Urbano	Urbano	Rural	Rural	Rural	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Urbano
Concelho de residência	Viana	Viana	Valença	Valença	Viana	Viana	Viana	Viana	Viana	Viana
Situação conjugal em relação ao agressor	Separada	Casada	Divorciada	Casada	Divorciada	Casada	Divorciada	Separada	Divorciada	União de facto
Tempo de término da relação com agressor	1 Ano	Com o agressor	1,5 Anos	Com o agressor	1,5 Anos	Com o agressor	7 meses	1-2 Anos	3 Anos	Com o agressor

4.3. Constituição do “corpus” de análise

O *Corpus* de análise ficou assim constituído:

- Dez histórias de vida realizadas a partir de dez entrevistas a mulheres com experiência de maus-tratos conjugais;
- Dez inquéritos de caracterização sócio-demográfica realizados às mulheres entrevistadas.

No inquérito que realizámos para a caracterização sócio-demográfica das participantes no estudo foi nossa intenção a recolha de dados relativos a diversos aspectos: biográfico, familiar, laboral e económico, referidos no quadro nº 4 que a seguir se apresenta.

Quadro nº 4 – Dados recolhidos para caracterização sócio-demográfica da população do estudo

Dados biográficos	<ul style="list-style-type: none">• Nacionalidade• Naturalidade• Residência• Idade• Estado civil• Escolaridade
Caracterização Familiar	<ul style="list-style-type: none">• Tipologia familiar• Número de filhos• Duração da relação conjugal
Situação Laboral	_____
Caracterização económica	<ul style="list-style-type: none">• Rendimento mensal• Proveniência do rendimento

Alguns dos dados – estado civil, tipologia familiar, residência, rendimento mensal e proveniência do mesmo, foram colhidos relativamente a dois momentos: antes e depois da ruptura da relação conjugal.

4.4. Tratamento, apresentação e interpretação dos dados

Constituído o *corpus* de análise chegou o momento de proceder ao tratamento de dados obtidos através do questionário de caracterização sócio-demográfica e da análise de conteúdo dos discursos das dez mulheres entrevistadas.

Relativamente à análise dos dados dos questionários, estes permitiram a caracterização sócio-demográfica da população em estudo, através do tratamento estatístico descritivo com o SPSS, versão 11.5 para Windows.

Relativamente à análise de conteúdo das histórias de vida permitiu-nos extrair dados objectivos e fiáveis para análise e compreensão do fenómeno da violência conjugal contra a mulher. Tal como refere Bardin (1977, p.42) a análise de conteúdo “ *é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”.

Neste sentido, surge o momento de operacionalização apoiada na metodologia proposta por esta autora e que nos sugere:

- *A pré – análise*, correspondente a sucessivas leituras, chamada leitura “flutuante”, permitindo dar o primeiro passo para analisar e sistematizar as ideias iniciais que estruturam o plano de análise dos dados e nos orienta para as áreas temáticas;

- *A exploração do material*, correspondente ao processo de codificação dos dados, à escolha das unidades de registo, à enumeração e por fim à categorização. Esta fase permitiu-nos a construção das primeiras matrizes de dados, nas quais se introduziram códigos, de acordo com a informação e com base no nosso referencial teórico do estudo, procurando-se áreas temáticas conceptualmente significativas e estabelecendo categorias e subcategorias baseadas na semelhança de conteúdos;

- Por último o tratamento e *interpretação dos resultados* obtidos de forma significativa e válida, procurando a adequação entre as informações contidas nos discursos e os objectivos de estudo.

A apresentação é realizada em texto narrativo, por se tratar de um estudo qualitativo, e complementado com a apresentação em quadros elaborados a partir das tabelas síntese (Huberman & Miles, 1991) para cada uma das questões, inserindo as

unidades de análise nas respectivas categorias e subcategorias numa apresentação mais compacta, facilitando a análise e interpretação dos mesmos.

A validação da categorização dos dados foi obtida a partir da avaliação de um juiz e posteriormente revistas no sentido da unanimidade quanto à pertinência, à sistematização e à exclusividade.

CAPÍTULO 2 – DA ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS MULHERES

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL À APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciamos este capítulo com a apresentação da caracterização da população participante no estudo, seguida da apresentação e análise dos dados, onde começamos com uma síntese da história de vida de cada mulher. Terminamos com a discussão dos dados, que conduz à conclusão deste trabalho.

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE NO ESTUDO

A nacionalidade de nove mulheres é Portuguesa e uma é Angolana, tendo vindo para Portugal com a família de origem há 31 anos (E7).

Sete mulheres são naturais do distrito de Viana do Castelo. Quatro são do concelho de Viana do Castelo (E1;E5;E6;E9) e três (E2;E3;E4) de outros concelhos do mesmo distrito (Caminha; Valença; Ponte de Lima).

Uma mulher é natural de outro distrito do Alto Minho, vivendo no distrito de Viana do Castelo desde a infância com a família de origem (E8).

Uma mulher é natural de um distrito do sul do país vivendo há 11 anos no distrito de Viana do Castelo, onde não tem nenhum elemento da família de origem (E10).

Todas as participantes no estudo residem no distrito de Viana do Castelo. Três em outros concelhos (E3;E4;E8) e sete residem no concelho de Viana do Castelo (E1;E2;E5; E6;E7;E9;E10).

Conforme critérios de inclusão previamente traçados para o estudo, cinco mulheres vivem em contexto sócio-geográfico rural e cinco em contexto sócio – geográfico urbano.

Dando cumprimento a um outro critério de inclusão das participantes no estudo, as mulheres de ambos os contextos sócio-geográficos, pertencem a diferentes gerações. Assim, nas mulheres de meio urbano a distribuição etária varia entre os 31 anos e os 61 anos. A distribuição etária nas mulheres de meio rural varia entre os 25 anos e os 63 anos. O quadro nº 5 que a seguir se apresenta permite verificar a distribuição individual etária conforme o meio sócio-geográfico.

Quadro nº 5 – Idade das participantes relacionada com o contexto sócio-geográfico de residência

Contexto sócio-geográfico	Idade									Total
	25	31	36	39	40	41	47	61	63	
Meio urbano	-	E9	E10	-	-	E7	E1	E2	-	5
Meio rural	E8	-	-	E3	E5	-	E4	-	E6	5
Total	1	1	1	1	1	1	2	1	1	10

A escolaridade das mulheres situa-se ao nível do ensino básico (quadro nº 6). A mais jovem do grupo de participantes, 25 anos, é de meio rural e não tem qualquer nível de escolaridade (E8). A mais velha do grupo, 63 anos, é do mesmo meio e frequentou o 3º ano de escolaridade (à época designada *3ª classe*) (E6). Cinco mulheres têm o 1º ciclo (à época designado *escola primária*) (E1;E2;E3;E4;E7). Uma tem o 2º ciclo (à época designado *ciclo preparatório*) (E10) e duas têm o 3º ciclo (9º ano de escolaridade) (E5;E9).

Quadro nº 6 – Nível de escolaridade das participantes relacionado com o contexto sócio-geográfico

Contexto sócio-geográfico	Nível de escolaridade					Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sabe ler e escrever nome	3º Ano do 1º Ciclo	
Meio urbano	3	1	1	0	0	5
Meio rural	2	0	1	1	1	5
Total	5	1	2	1	1	10

Relativamente ao Estado Civil, oito foram formalmente casadas com o autor das agressões. Seis destas, metade de meio rural (E3;E5;E6) e a outra metade de meio urbano (E1;E2;E9), tinham celebrado casamento civil e religioso (Católico).

As duas mulheres casadas civilmente são uma de cada um dos contextos (E4 do rural e E7 do urbano). Uma mulher de meio rural viveu em união de facto com o agressor (E8) e uma mulher (E10) de meio urbano vive em união de facto com o agressor. O quadro nº 7 permite verificar o estado civil relacionando-o com o contexto sócio-geográfico das participantes no estudo.

Quadro nº 7 – Estado civil das participantes durante a relação com o agressor relacionado com o contexto sócio-geográfico

Estado civil durante a relação com o agressor		Contexto sócio-geográfico		Total
		Urbano	Rural	
Casada	Civil	1	1	2
	Civil e religioso	3	3	6
União de facto		1	1	2
Total		5	5	10

O estado civil de algumas das participantes alterou-se em consequência da relação violenta (quadro nº 8). No momento da recolha de dados o estado civil das mulheres era o seguinte:

- Uma, de meio urbano, estava em situação de separação aguardando conclusão do processo de divórcio (E1);
- Quatro estavam divorciadas (E3;E5;E7;E9) sendo as duas primeiras de meio rural e as duas segundas de urbano;
- Uma, de meio rural, vivia a segunda união de facto (outro companheiro) (E8);
- Quatro mantinham o mesmo estado civil e viviam com o agressor. Uma é casada civilmente e é de meio rural (E4); duas celebraram casamento civil e religioso,

as mais velhas da população, uma de meio rural (E6) e outra de meio urbano (E2), sendo que esta última vivendo na mesma casa não faz vida em comum com o cônjuge.

- Uma é de meio urbano e vive em união de facto, após um divórcio (E10).

Quadro nº 8 – Diferença entre o estado civil das participantes durante a relação com o agressor e estado civil actual

Estado civil durante a relação com o agressor		Estado civil actual				Total
		Separada	Divorciada	Mesmo	União de facto com outro companheiro	
Casada	Civil	0	1	1	0	2
	Civil e religioso	1	3	2	0	6
União de facto		0	0	1	1	2
Total		1	4	4	1	10

Todas as mulheres têm filhos, à excepção de uma, por esterilidade devida a intervenção cirúrgica do foro ginecológico. O número de filhos por casal varia entre um e três. Uma das mulheres tem cinco filhos, sendo três de relações anteriores. Os filhos, crianças e adolescentes, das mulheres cujo estado civil se alterou em consequência da relação conjugal violenta, estão a seu cargo. Os filhos de algumas mulheres são já adultos, sendo estes independentes economicamente e nenhum vive em casa dos pais.

Das mulheres que mantêm a relação com o agressor, uma não tem filhos; duas têm filhos adultos e uma tem a cargo dois adolescentes do ex-cônjuge e duas crianças do actual (quadro nº 9).

Quadro nº 9 – Número de filhos e a situação actual dos mesmos por participante no estudo

Participantes	Nº de Filhos do casal	Nº de filhos de relações anteriores	Situação actual dos filhos
E1	2	0	1 Adulto independente 1 Adolescente dependente, com a mãe
E2	3	0	Todos adultos e independentes
E3	2	0	1 Adulto independente 1 Adolescente dependente com a mãe
E4	0	0	_____
E5	3	0	Crianças com menos de 10 anos, com a mãe.
E6	2	0	Adultos independentes
E7	1	0	Adolescente dependente, com a mãe.
E8	2	0	Crianças com menos de 10 anos, com a mãe.
E9	2	0	Crianças com menos de 12 anos, com a mãe.
E10	2	3	2 Adultos independentes. 1 Adolescentes dependente. 2 Crianças com menos de 10 anos.

A tipologia familiar destas mulheres durante a união com os agressores é apresentada no quadro nº 10.

Em oito casos, quatro de meio rural e quatro de meio urbano, é do tipo nuclear. Contudo, duas das mulheres de meio urbano viveram no início da relação em família extensa: uma com a mãe durante o período de um ano, outra viveu o primeiro ano de casamento com os sogros, o segundo com os pais, viveu em família nuclear durante 18 anos e os últimos 16 em familiar nuclear alargada, pois vive em casa do casal um seu irmão.

Em dois casos formou-se uma família extensa. Uma colateral (com a sogra) sendo a participante de meio urbano e outra, de meio rural, viveu em família extensa de origem (pais e irmãos).

Quadro nº 10 – Tipologia familiar das participantes durante a relação conjugal violenta em relação com o contexto sócio-geográfico

Contexto sócio-geográfico	Tipo de agregado familiar				Total
	Nuclear	Nuclear alargada	Extensa colateral	Extensa origem	
Urbano	3	1	1	0	5
Rural	4	0	0	1	5
Total	7	1	1	1	10

Para as mulheres que se separaram ou divorciaram a tipologia familiar alterou-se (quadro nº 11). As quatro mulheres, duas de contexto sócio-geográfico urbano e duas rural, da categoria “Mesmo” são aquelas que se mantêm a viver com o companheiro (E2; E4; E6; E10). Uma mulher de contexto sócio-geográfico urbano (E9) que durante a relação conjugal teve um tipo de família extensa colateral vive agora em família extensa de origem (com os seus pais e os seus filhos). Uma mulher de contexto sócio-geográfico rural (E8) que viveu em família extensa de origem vive agora em família nuclear, com os filhos e um segundo companheiro. Três mulheres, duas de contexto sócio-geográfico urbano e uma de contexto sócio-geográfico rural (E1; E3; E7), viveram em família nuclear e agora vivem em família do tipo monoparental. Uma mulher (E5) alterou a tipologia familiar de nuclear para extensa de origem, vivendo com a mãe e os três filhos, mantendo-se em contexto sócio-geográfico rural.

Quadro nº 11 – Tipologia familiar actual das participantes

Tipo de agregado familiar	Nº Participantes
Mesmo	4
Extensa de origem	2
Monoparental	3
Nuclear com outro companheiro	1
Total	10

A situação laboral das dez mulheres participantes é diversa sendo que em alguns casos se foi alterando em consequência da relação violenta.

Duas mulheres (E1; E8) perderam o emprego em consequência da relação violenta: uma por problemas de saúde e por descatos do companheiro no seu local de trabalho. Outra teve necessidade de se afastar do meio onde vivia e onde tinha emprego como trabalhadora rural “ao jornal”, não lhe tendo sido possível reempregar-se por ter ido viver para uma zona próxima da cidade, onde não existe trabalho nessa área e por não ter qualquer habilitação escolar.

As mulheres domésticas (E2; E4; E6) sempre o foram e as três continuam a viver com o companheiro agressor, embora uma sem vida em comum com o mesmo.

Das mulheres empregadas, uma (E3) foi doméstica nos primeiros oito anos de casamento. No actual emprego ganha menos que no anterior, o qual teve de deixar por necessidade de abandonar a zona onde vivia aquando da separação. Uma (E5) perdeu, durante o período que viveu com o companheiro agressor, vários empregos por descatos do mesmo no seu local de trabalho, e embora trabalhe, tem de momento um emprego com rendimento variável e mais baixo que em qualquer outro que teve anteriormente.

Três das mulheres (E7; E9; E10) sempre trabalharam fora de casa e mantêm o mesmo emprego.

O quadro nº 12 representa a situação laboral actual das mulheres participantes no estudo.

Quadro nº 12 – Situação laboral actual das participantes em relação com o contexto sócio-geográfico

Contexto sócio-geográfico	Situação laboral			Total
	Doméstica	Empregada	Desempregada	
Urbano	1	3	1	5
Rural	2	2	1	5
Total	3	5	2	10

O rendimento mensal da maioria das participantes alterou-se, tendo sempre diminuído. Para as mulheres separadas ou divorciadas (E1; E3; E5), houve perda do emprego ou mudança para um emprego menos remunerado. Uma das participantes que continua a viver com o agressor (E2) deixou de ter acesso ao dinheiro do companheiro, sendo doméstica.

Em dois casos (E7; E9) o rendimento após o divórcio não diminuiu pois os respectivos companheiros durante a relação não contribuía para o orçamento familiar. Um destes companheiros esteve nos últimos anos da relação desempregado, mas enquanto trabalhou não contribuiu para o orçamento familiar. O outro, embora com trabalho estável, nunca contribuiu. A não contribuição para o orçamento familiar, também acontecia com o companheiro de E5, que fazia trabalho temporário, habitualmente uma parte do dia.

E4 mantém-se com o companheiro. O rendimento do casal aumentou após o seu recurso ao GAF, pois foi-lhe atribuído um subsídio social.

Relativamente à duração da relação conjugal violenta, nos casos em que houve ruptura da mesma, foi no mínimo de 5 anos (E8). Esta é a mulher mais jovem da população do estudo e é de contexto sócio-geográfico rural. A relação mais longa, 25 anos, foi a de E1 de contexto sócio-geográfico urbano. A média da duração da relação

conjugal violenta nas mulheres que se separaram ou divorciaram foi de 13,6 anos. Nas mulheres que continuam a viver com o companheiro violento, a relação com menor duração tem 11 anos (E10), as mais longas têm 31 anos (E6) seguida de (E2) cuja relação dura há 37 anos. O contexto sócio-geográfico destas participantes é urbano nos casos de E2 e E10 e rural nos de E4 e E6.

As mulheres que romperam a relação violenta fizeram-no no mínimo há sete meses e no máximo há 3 anos. Destas, uma vive com o segundo companheiro.

Das quatro mulheres que mantêm a relação com o companheiro violento, uma faz vida totalmente independente vivendo contudo na mesma casa.

⇒ **Síntese da caracterização sócio-demográfica da população**

As mulheres que constituíram a população do estudo têm idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos e possuem baixo nível de escolaridade.

O vínculo da união da maioria das mulheres foi por casamento. Destas, seis celebraram casamento católico, entre 1969 e 1994 e duas celebraram casamento civil, depois de 1979. As restantes (2) mulheres da população optaram pela união de facto, depois de 1990. Estas tendências são também as reveladas pelas estatísticas do INE sobre a nupcialidade no país, conforme apresentado no ponto 1.4 do capítulo 1 do enquadramento teórico deste trabalho.

Esta foi a primeira relação conjugal de nove mulheres. Uma está a viver a segunda relação, depois de um divórcio. Todas são mães, excepto uma, e a maioria viveu em família nuclear.

Quatro destas mulheres, duas de meio rural e duas de meio urbano, mantêm a relação conjugal e vivem em família nuclear. Uma é casada civilmente, duas são casadas pela Igreja Católica, das quais uma aguarda divórcio, e outra vive em união de facto.

As mulheres que terminaram a relação conjugal foram seis, três de cada um dos meios sócio-geográficos. Destas mulheres, quatro tinham casado pela Igreja Católica e uma civilmente, todas se divorciaram. A que vivia em união de facto separou-se.

Não se verificam diferenças significativas entre mulheres do meio urbano e do meio rural. Os dados sugerem que o casamento Católico pode não ser um factor impeditivo do recurso ao divórcio.

As relações duraram entre 5 e 25 anos. A relação da mulher mais jovem (com 25 anos) da população foi a que durou menos tempo (5 anos). A relação mais longa (25 anos) foi vivida por uma das mais velhas (com 47 anos). A média da duração da relação violenta foi de 13,8 anos, o que se relaciona com o preconizado por FERNÁNDEZ et al. (2003) de que do início da violência até à denúncia podem decorrer entre cinco a dez anos, o que é também evidenciado pelas estatísticas nacionais da APAV (2005, 2006).

Foram as mulheres mais jovens, com 25 e 31 anos, que se mantiveram menos tempo na relação e cada uma delas é de meio sócio-geográfico diferente.

As mulheres que se mantêm na relação violenta, vivem-na em média há 25,8 anos, tendo a relação menos longa 11 anos e a mais longa 36 anos. São as mulheres mais velhas da população estudada, com 61 e 63 anos, de meio urbano e de meio rural, respectivamente, as que têm relações mais longas.

A relação entre o contexto sócio-geográfico e o tempo de duração da relação não mostra diferenças, contrariamente ao que verificámos ao relacionar o tempo de relação e as gerações das mulheres. As das gerações mais novas viveram a relação violenta durante menos tempo e as mais velhas são as que mantêm a relação. Nas gerações intermédias existem grandes variações, como uma mulher de 39 anos que viveu a relação durante 20 anos e outra de 40 anos viveu-a durante 9 anos.

A situação de emprego não apresenta diferenças significativas quando relacionada com o contexto sócio-geográfico, mas verificámos que são as mulheres mais velhas (com 61 e 63 anos) as que sempre foram domésticas. Relativamente às duas mulheres com 47 anos, uma de cada um dos contextos sócio-geográficos, a que vive em meio urbano era trabalhadora, actualmente desempregada e a que vive em meio rural sempre foi doméstica. De salientar que a mulher mais jovem da população é de meio rural, onde trabalhava “ao jornal” na agricultura, mas por ter mudado de residência, para outro concelho, em consequência da fuga ao companheiro maltratante, é na actualidade doméstica por dificuldade em conseguir emprego, por falta de habilitações mínimas (é analfabeta).

Quadro nº 13 – Síntese da situação sócio-demográfica das participantes

Participantes	Contexto sociodemográfico	Nacionalidade	Concelho de residência		Idade	Escolaridade	Situação laboral	Estado civil		Nº de filhos			Tipologia familiar	
			Antes	Actual				Antes	Actual	Actual relação	Relações anteriores	Situação actual dos filhos	Antes	Depois
E1	Urbano	Portuguesa	mesmo		47	1ºciclo	desempregada	casada	separada	2	_____	1adolescente 1 adulto	nuclear	monoparental
E2	Urbano	Portuguesa	mesmo		61	1ºciclo	doméstica	casada		3	_____	adultos	nuclear alargada	
E3	Rural	Portuguesa	outro		39	1ºciclo	empregada	casada	divorciada	2		1adolescente 1 adulto	nuclear	monoparental
E4	Rural	Portuguesa	mesmo		47	1ºciclo	doméstica	casada		0	_____	_____	nuclear	
E5	Rural	Portuguesa	mesmo		40	3º ciclo	doméstica	casada	divorciada	2	_____	crianças	nuclear	Extensa de origem
E6	Rural	Portuguesa	mesmo		63	3 anos do 1ºciclo	doméstica	casada		2	_____	adultos	nuclear	
E7	Urbano	Angolana	mesmo		41	1ºciclo	empregada	casada	divorciada	1	_____	adolescente	nuclear	monoparental
E8	Rural	Portuguesa	outro		25	analfabeta	desempregada	união de facto	união de facto outro companheiro	0	2	crianças	alargada origem	nuclear
E9	Urbano	Portuguesa	mesmo		31	3º ciclo	empregada	casada	divorciada	2	_____	crianças	extensa colateral	extensa origem
E10	Urbano	Portuguesa	mesmo		36	3º ciclo	empregada	divorciada em união de facto		2	3	2crianças e 1adolescente 2adultos	Nuclear	

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS DAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS MULHERES MALTRATADAS

Nesta parte do trabalho apresentamos os dados que emergiram da análise de conteúdo das História de Vida de cada uma das mulheres maltratadas, organizadas a partir das narrativas.

Começamos a apresentação dedicando a primeira parte a um relato síntese do contexto geral da vida de cada mulher, a quem atribuímos um nome fictício, e do comportamento manifestado durante a entrevista.

Em seguida apresentamos os dados e a análise interpretativa dos mesmos, por áreas temáticas, em quadros representativos das categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo.

2.1. Síntese narrativa das histórias de vida das mulheres maltratadas

1. Vitória

Vitória nasceu em 1958, na cidade de Viana do Castelo.

Na altura da entrevista tinha 47 anos e a habilitação escolar ao nível do 1º ciclo do ensino básico.

Viveu numa família nuclear, com os pais, uma irmã e um irmão.

Tem como referência um modelo de conjugalidade dos pais tradicional, no qual o pai representava a autoridade e o controlo da família a nível económico e da estrutura familiar. O pai exercia um controlo apertado do comportamento da mãe – doméstica e das filhas. Existiam alianças estabelecidas entre a mãe e as filhas contornando o exercício do controlo do pai no sentido da manutenção da harmonia familiar ou pelo menos no da evicção de conflitos, a que ela atribuiu manifesta importância.

A imagem exterior, maquilhagem, roupas e saída das filhas para o espaço público, sempre em conjunto, eram sobretudo as áreas de controlo do pai, favorecidas pela mãe que sempre fez questão que as filhas andassem bem arranjadas. A Vitória considerava-se bonita e vistosa e tinha gosto na manutenção do seu aspecto.

A mãe devia obediência ao pai e quando não cumprisse as regras determinadas por ele, sofria retaliações, por vezes físicas, às quais a Vitória não atribui significado de maus-tratos, por

serem esporádicas e porque apesar “*das suas coisas*” e dos conflitos entre o casal, o pai nunca lhes “*faltou com nada*”, nem lhes estragou momentos tradicionais de convívio familiar como as festas de Natal e da Páscoa.

Da mesma forma, a Vitória não atribui significado ao facto de a mãe se zangar frequentemente com as filhas e as insultar, nunca lhes bateu, assim como o pai, considerando que a mãe lhes chamava a atenção por se preocupar com a sua educação, o que fez dela uma mulher honesta, trabalhadora e capaz de governar bem a casa.

Os valores transmitidos pelos pais são sobretudo os da honestidade, seriedade e trabalho.

A Vitória conheceu um rapaz com quem namorou e casou, aos 21 anos, pela Igreja Católica.

O marido da Vitória viveu em família nuclear, é o mais velho de seis filhos, cinco rapazes e uma rapariga.

Os sogros da Vitória tinham uma relação conjugal marcada pelo conflito. O sogro ingeria álcool excessivamente e batia na mulher e nos filhos mas a mulher também lhe atirava com objectos. A Vitória considera este modelo conflituoso e de violência mas ressalva o facto de o sogro ter cumprido sempre com a obrigação de manter a família, não a deixou passar fome e não abandonou o lar.

Durante o namoro o marido da Vitória revelou ser ciumento e exercia controlo do seu comportamento. Por exemplo, não a deixava estar na praia, com ele, de biquíni. Houve alturas durante esse período que ele lhe dava murros sem razão.

Casaram em 1979 tinha a Vitória 21 anos.

No início do casamento viveram “*algum tempo*” com a mãe da Vitória, por ele não ter “*posses*”, palavra que a Vitória emprega para se referir a bens como por exemplo a casa e as condições de conforto na mesma.

Os dois desejavam descendência e a Vitória engravidou logo depois de casar e tiveram duas filhas.

Os papéis de género eram marcados no casal, quer socialmente, quer na família. As tarefas domésticas e os cuidados às filhas não eram repartidas e as saídas de casa da Vitória eram controladas quer pela companhia do marido, quer pela sogra ou cunhada.

O ciúme era constante e, na perspectiva da Vitória, uma das razões dos maus-tratos que foram uma constante da relação, com episódios cada vez mais frequentes de agressões em formas combinadas: psicológica, física e sexual que se foram associando e aumentando de gravidade. Mas as questões económicas também são muitas vezes referidas como motivo de conflito. Vitória reforça várias vezes o objectivo pessoal de ter uma vida cómoda, numa casa com

condições de comodidade, o que não possível por descontrolo económico do marido, fora de casa, com a família alargada, com amigos e com a amante.

O comportamento do marido era de agressividade também com as filhas, as quais também maltratava.

As ligações entre o marido de Vitória, a mãe e a irmã dele eram estreitas e representavam para ele, segundo a perspectiva da Vitória, refúgio após as agressões e um recurso para o controlo da Vitória.

Todos os cunhados da Vitória, irmãos do marido, são casados e agressores das suas mulheres.

O marido da Vitória bebia álcool, por vezes, excessivamente, mas ela não considera isso justificação dos maus-tratos, pois mesmo não estando alcoolizado os maus-tratos aconteciam. Ela acha que o marido é mau, que só pensa no próprio bem-estar e que tem prazer em vê-la sofrer.

A Vitória experimentou diversas estratégias para acabar com as agressões do marido: conversar, responder aos ataques verbais, ficar calada, fazer as coisas de casa como ele queria, ser boa mulher e governar bem a casa, emigrar com o marido, fazer promessas a santos, sem que nenhuma resultasse.

A Vitória considerava o marido como um pai. Manifestou que o marido a abandonou, mesmo depois de muitos anos de maus-tratos graves, de ameaças e intimidações constantes, que se mantiveram mesmo após a saída de casa. A denúncia dos maus-tratos foi incentivada pela irmã que a levou ao GAF, quando a subtracção de meios para a sobrevivência eram tão marcados que a Vitória passara fome.

Está separada há 1 ano, aguarda o divórcio após 25 anos de casamento e vive com a filha mais nova, de quinze anos.

Associa ao facto de uma mulher ter marido a uma maior protecção e manifesta outros conceitos tradicionais como o facto de a mulher ter que ser boa dona de casa, responsável e honesta para a “*governar*”.

Atribui valor ao trabalho e à saúde necessária ao mesmo, que considera ter perdido em consequência dos maus-tratos do marido. O primeiro pelo controlo exercido, e impeditivo de cumprimento de horários pois era o marido quem a levava à porta do emprego, onde por ciúmes, provocou desacatos. A segunda pelas graves agressões físicas e psicológicas que sofreu e que durante muitos anos escondeu. Sente-se sem saúde para trabalhar, com medo, vergonha, sem interesse por ela própria e lamenta recursivamente a sua situação económica actual e a da filha mais nova.

A Vitória sonhou viver uma vida estável e confortável com o marido, numa relação de confiança mas a vida vivida com o marido foi de sofrimento que ela só quer esquecer.

A Vitória manifestou-se imediatamente disponível aquando do contacto telefónico para marcação da entrevista. Confessou durante o encontro que o desejava a fim de conversar sobre a sua situação.

Durante toda a entrevista chorou, em alguns momentos convulsivamente e manteve um discurso de vitimação da maldade do marido, a qual não merecia por ter cumprido o seu papel de esposa, alternando momentos de auto comiseração, com momentos de revolta, com a manifestação do ódio desejado mas não sentido por ele.

Manifestou sentimentos marcados de impotência e desinteresse perante a vida. Sente vergonha, tristeza com necessidade e desejo de esquecer sem o conseguir, o que seria na sua perspectiva mais fácil se tivesse dinheiro para sair e divertir-se. Está medicada com anti-depressivos.

2. Inês

A Inês nasceu numa aldeia do concelho de Ponte de Lima, distrito de Viana do Castelo, em 1944. Na altura da entrevista tinha 61 anos e vivia em meio urbano há 36 anos.

Viveu até casar numa família de tipologia familiar, com os pais e sete irmãos e estudou até concluir o 1º ciclo do ensino básico.

Os pais trabalhavam na agricultura “*ao jornal*”. O pai gastava o que ganhava em álcool e a mãe guardava o seu dinheiro sem assegurar adequadamente as necessidades dos filhos.

A mãe da Inês era frequentemente insultada pelo marido, mas nunca foi batida. O pai insultava também os filhos e batia-lhes violentamente, como não havia igual na aldeia.

O marido é natural da região de Trás-os-Montes e viveu com os pais e com mais três irmãos e duas irmãs. O pai dele bebia excessivamente mas nunca foi agressivo nem com a mulher nem com os filhos. A mãe era a executora da autoridade e controlava o marido mantendo-o em casa e era em casa que ele bebia. A mãe também não batia nos filhos.

A Inês achava o namorado seu “amigo” e o seu namoro “normal”.

A Inês casou com 25 anos, em 1969, pela Igreja Católica.

Foi viver para casa dos sogros onde esteve durante 1 ano e de onde saiu por conflito com a sogra que a pôs fora de casa. O marido trabalhava fora e só estava com ela aos fins-de-semana. Na casa dos sogros a Inês era a responsável pela manutenção da casa e por tratar dos animais, enquanto os sogros iam ganhar dinheiro “*ao jornal*” em trabalhos agrícolas. Esta situação fazia-a sentir-se a criada da casa e não gostava de trabalhar tanto, sem ter um ordenado seu.

Depois de viver algum tempo numa casa semi-construída cedida por uns familiares do marido, o casal acabou por optar por viver na casa dos pais da Inês, onde estiveram durante um ano.

A Inês trabalhava em casa com a mãe e quando arranjavam trabalho a dias, a fazer limpezas, ganhava o seu dinheiro.

Com o pai da Inês o marido saía frequentemente para beber e chegavam a casa alcoolizados. A Inês aconselhada pela mãe “*a ter mão no marido senão ele ficava igual ao pai*” começou a chamar-lhe a atenção. Numa altura em que o marido chegou a casa alcoolizado, este bateu. Ela estava no início da primeira gravidez de uma filha que ambos desejaram.

Depois da filha nascer, por problemas de saúde da criança, a Inês e o marido foram viver para Viana do Castelo, para que a menina tivesse os cuidados de saúde de que necessitava. Alugaram uma casa e nunca mais voltaram para a aldeia.

Entretanto o marido conseguiu ficar a trabalhar na cidade e a Inês ficou em casa a cuidar dos filhos.

O relacionamento do casal “*melhorou*” durante algum tempo porque nesse período ele não lhe bateu. Já conhecia e tinha-se habituado ao “*mau génio*” do marido, que a insultava e a tratava como alguém inferior a ele, e por isso esforçava-se para não o contrariar.

Entretanto a Inês ficou grávida dos outros dois filhos. Três anos depois da primeira teve um rapaz e um ano depois teve outra rapariga que o casal não tinha planeado nem desejado. Na última gravidez o marido acusava-a da filha não ser dele, o que não aconteceu com a gravidez do rapaz apesar de igualmente não planeada. Sentiu-se profundamente ofendida e nunca lhe perdoou essa acusação.

Os papéis de género eram bem demarcados. A Inês tinha a responsabilidade da casa e dos filhos, com os quais o marido nunca teve um gesto de carinho e também nunca ajudou a Inês a cuidar deles, apesar de frequentemente doentes. O marido ganhava o dinheiro para a família e quando recebia o ordenado entregava o dinheiro à mulher para as despesas da casa e dos filhos. Se este último aspecto era positivo para a Inês, o facto de ele não a acompanhar e ajudar com as necessidades de saúde dos filhos era um aspecto negativo. Caminhava longas distâncias a pé para levar os filhos ao médico, levava-os quando tinha que ir às compras tendo que carregar com os sacos e dar colo aos mais pequenos. O marido não dava colo a nenhum dos filhos, não prestava qualquer cuidado, mesmo quando a via sobrecarregada.

Quando a filha mais velha frequentava a primeira classe, o marido da Inês ao supervisionar os trabalhos de casa, bateu-lhe com violência e magoou-lhe a boca. A Inês ficou nervosa e zangada, censurou o marido utilizando calão e ele retaliou com agressão física violenta.

Algum tempo depois também por desentendimento relacionado com os filhos, o marido voltou a bater-lhe e a Inês reagiu pela primeira vez, atirando-lhe um objecto, que não o atingiu, e zangada avisou-o ameaçadoramente para não voltar a bater-lhe.

As agressões físicas terminaram, mas os insultos e as ameaças mantiveram-se, respondendo a Inês da mesma forma.

A Inês sentiu-se maltratada desde cedo, mas sentiu-se impotente para sair da relação por ter três filhos e por não ter suporte familiar, pois a primeira vez que foi batida, os seus pais presenciaram e ignoraram. Também considerava difícil à época (antes de 1975) a sobrevivência de mulheres sozinhas com filhos, pela falta de condições económicas.

Só saía de casa para trabalhar os campos nas imediações da casa, para levar os filhos ao médico, à escola ou fazer compras, sempre com os filhos. O marido era ciumento. As poucas vezes que saíam dava-lhe encontrões se ela olhasse para algum lado. As relações sexuais entre eles não eram desejadas pela Inês mas ele forçava, até ela lhe dizer que não queria mais contacto sexual com ele, há 10 anos.

A educação e formação académica dos filhos foram o objectivo da sua vida, por isso “*naquele tempo*” teve que se manter com o marido.

Considera ter dedicado a vida aos filhos. Conseguiu pagar os estudos ao nível do ensino superior a dois mas à mais nova já não o conseguiu pelo que a ajudou a comprar uma casa, como forma de a compensar.

Os filhos adultos, nomeadamente o rapaz, começaram a tratá-la mal, “*como o pai*” e as relações foram-se deteriorando. A Inês começou a sentir que estava a ser “*explorada*” por eles, enquanto os filhos sentiam o controlo da mãe sobre a sua vida adulta, sem que se libertassem de forma positiva pois continuavam a recorrer a ela sempre que precisavam. Criou o neto mais velho, dava apoio à filha casada e ao marido, ajudou outra filha na compra de uma casa, respondeu aos apelos de ajuda económica do filho mesmo quando ele já trabalhava, sem considerar que a retribuição fosse a adequada pois era baseada em exigência num só sentido e com alianças entre irmãos e destes com o pai.

Os confrontos do marido e do filho passaram a envolvê-la a ela e a um seu irmão que nos últimos dezasseis anos vive na casa do casal, tendo a Inês passado a defender-se das ameaças e provocações da mesma forma que o faziam com ela. Sentia-se desrespeitada e desconsiderada pelo seu papel na família, nomeadamente na educação dos filhos, e revoltada por muitos anos de insatisfação com uma relação violenta, sem conseguir forma de se libertar. Era ameaçada e ameaçava, perante as tentativas de a porem fora de casa ou de agredirem o irmão alcoólico e usava no confronto físico o arremesso de objectos.

As suas queixas na GNR ficaram muitas vezes por registar, até que sofreu um internamento compulsivo num serviço de psiquiatria sem ordem judicial, por agentes de segurança que ela suspeita ter sido feito a “*pedido*” do marido, que na altura levantou uma soma avultada de dinheiro.

Esteve internada uma semana, com um nome falso, sem que ninguém se tenha aparentemente preocupado em esclarecer a razão de ela continuamente dizer que o nome pelo qual a tratavam não era o dela, até ao dia da “alta”, conseguida por intervenção do GAF e do familiar de uma vizinha que a viu ser levada, quando chegava a casa das compras, por um carro da GNR que a esperava. O caso estava em tribunal à altura da entrevista assim como o processo de divórcio.

A Inês dedicou a vida à casa e aos filhos. Tem 61 anos e não tem meio de auto-sustento. Nem o marido que ainda vive na casa do casal, nem os filhos contribuem para a sua subsistência. O casal habita a mesma casa, fazem vidas independentes e não se falam há cerca de 8 meses. A Inês é ajudada por pessoas amigas, que são as que a ajudam economicamente e as que a elucidaram e denunciaram a sua situação ao GAF, aquando do internamento.

No GAF encontrou apoio humano, informação e apoio jurídico para a resolução dos seus problemas.

A postura da Inês durante toda a entrevista foi de revolta marcada na entoação de voz e na expressão dura do olhar. Revelou dinamismo e persistência para a resolução dos seus problemas e inconformismo com a situação de maus-tratos. Emocionou-se só quando falou do apoio proporcionado pelo GAF.

A Inês considera que o casamento deve ser sustentado no amor e na confiança mútua, que é o que na sua perspectiva permite o desenvolvimento de uma vida em conjunto em que os interesses a considerar são os dos dois elementos do casal. Foi esta a vida sonhada, mas a vida vivida foi bem diferente, marcada pela “*crueldade e ditadura*” durante 37 anos de um casamento sem satisfação, nem respeito. Nem mesmo o amor dos e pelos filhos permaneceu.

A Inês considera que a vida do marido não foi fácil, pois teve também que fazer muitos sacrifícios pelos filhos, que tiveram muitos problemas de saúde e reconhece ser positivo o facto dele lhe entregar o dinheiro para ela o gerir. O problema era ele depois pedir-lhe mais do que aquele que era possível ser gasto.

Positivo para a Inês foi a conquista da sua liberdade.

3. Olinda

A Olinda nasceu em 1966 no Concelho de Caminha, Distrito de Viana do Castelo. Viveu num país estrangeiro onde os pais estiveram emigrados, até aos onze anos. Estudou até completar o 1º ciclo e é a mais velha de três irmãos. Teve uma irmã mais velha que faleceu em criança.

Por os pais serem vendedores ambulantes, aos onze anos começou a ser a responsável pela lida da e dos cuidados aos irmãos. Estava permanentemente a trabalhar e estabelecia poucos contactos sociais, para além dos vizinhos, pois os pais não a deixavam ir à escola.

Os pais da Olinda eram amigos dos filhos e o casal dava-se bem. Trabalhava em conjunto na venda ambulante, nos trabalhos agrícolas e na criação de animais. A Olinda ajudava os pais e os irmãos trabalhavam fora de casa.

Casou pela Igreja Católica com 18 anos, em 1985, com o namorado natural de uma freguesia vizinha, para onde o casal foi morar, sozinho, depois do casamento.

A primeira semana de casada foi para a Olinda “*um mar de rosas*”.

Após a primeira semana de casamento, o marido por motivos laborais ausentava-se por longas temporadas. Quando regressava, deixava-a sozinha em casa e ele ia para o café. Logo no primeiro regresso, numa noite em chegou a casa alcoolizado, bateu-lhe com violência e de seguida pô-la fora de casa. Foi a primeira agressão de muitas que se seguiram, associadas a controlo e a proibições de contacto social.

O marido desejava um filho, que ela não queria pela situação relacional que vivia, mas não fazia a contracepção que a sogra a acusava de fazer. Ficou grávida e com 4,5 meses abortou após ter sido agredida pelo marido. O marido não lhe permitiu de imediato os cuidados de saúde que a situação requeria, tendo retardado a ida dela ao hospital, e a sogra dizia-lhe que o sangramento pararia se ela ficasse em repouso, mas depois foi ela que mandou o filho chamar uma ambulância. Na perspectiva da Olinda, o marido agiu por forma a que as marcas deixadas no seu corpo desaparecessem antes dela ir ao hospital.

A sogra da Olinda não queria que ela o deixasse pois a agressividade do filho fazia com que ela não desejasse voltar a tê-lo em casa e era por isso preciso que uma mulher cuidasse dele.

A Olinda continuou a ser doméstica e a dar apoio aos pais e aos irmãos quando saíam para trabalhar, uma vez por semana. Foi numa ausência a esta colaboração, por estar fisicamente maltratada pelo marido, que os pais foram a casa dela e viram o estado em que o marido a tinha deixado.

O pai ameaçava o genro e dizia-lhe que se não quisesse a mulher que a deixasse porque eles tomavam conta dela. A mãe incentivava a filha a ter paciência e a dar-lhe um filho, para ele acalmar e que ela teria sossego no tempo que ele estivesse fora, a trabalhar.

O casal foi viver para a freguesia dos pais da Olinda, para que a pressão da proximidade da família evitasse as agressões, mas não resultou.

A Olinda sentiu a falta de apoio dos pais para poder pedir o divórcio e acabou por ceder a ter um filho, já fazia contraceção desde o aborto.

A gravidez e o nascimento da primeira filha não alteraram nada, bem como da segunda filha, que nasceu por uma falha na contraceção oral após prescrição de um antibiótico. As agressões mantiveram-se e foram cada vez mais frequentes e violentas.

Calava-se para não o incomodar, fazia-lhe os pratos que ele gostava, andava devagarinho para não o irritar, esmerava-se nos cuidados à casa, mas nada resultava.

Fugiu duas vezes, mas não teve o apoio necessário da família quando ele a ia buscar.

Os pais da Olinda levaram-no à bruxa mas o comportamento manteve-se.

Quando a Olinda recorria à sogra, ela minimizava as atitudes do filho e não a ajudava. Depois das agressões à Olinda era para casa da mãe que o marido fugia e onde fazia crer que ela o provocava.

As filhas foram crescendo e as agressões físicas, o controlo e as agressões verbais passaram a ser extensivos às filhas. Foi quando a Olinda se revelou contra ele pela primeira vez.

Arranjou um emprego fora de casa, oito anos depois de casar, onde encontrou apoio de um padre que se ofereceu para a ajudar com a separação. A Olinda tinha medo do marido, pois recebia ameaças de morte.

O marido pelos problemas com a ingestão excessiva de álcool acabou por ser despedido. As tarefas domésticas e os cuidados às filhas eram responsabilidade da Olinda.

A Olinda tentou várias vezes que ele fosse ao médico, que se tratasse para deixar de beber e de ter as alterações de humor repentinas. Nunca foi bem sucedida.

Sofreu agressões físicas e psicológicas e abuso sexual. O marido por vezes forçava-a a ter relações sexuais.

A violência continuou a piorar e as filhas começaram a ser acusadas pelo pai de serem o motivo do desejo de separação da mãe. As filhas eram um entrave à saída de casa da mãe a quem pediam para ter paciência e revelavam-lhe medo da mudança. Tentou organizar uma fuga e levar as filhas para o estrangeiro, com ajuda de uma amiga, mas as filhas não queriam, tinham medo, e sem elas a Olinda não ia.

O casal não tinha problemas económicos e tinham casa própria.

A Olinda foi mais uma vez violentamente agredida. Fez denúncia dos maus-tratos na GNR, mas o agente disse-lhe que o marido queria ser perdoado mais uma vez e que gostava dela. Na presença do marido e da filha mais nova, que manifestou o mesmo desejo, cedeu. Pensou em suicídio diversas vezes. Foi após um outro espancamento que fez a tentativa com ingestão excessiva de comprimidos.

Foi internada e quando teve alta foi para a casa abrigo, com apoio do serviço de assistência social do hospital. Toma anti-depressivos.

Divorciada há 1 mês, mas separada há 18 meses, teve que se mudar para outro concelho e que arranjar outro emprego, menos remunerado que o anterior, por medo de regressar à freguesia onde o ex-marido mora. Vive com a filha mais nova. A mais velha casou com 18 anos.

Desejava viver um casamento com afecto e comunicação mas, a sua história de vida foi um “inferno” relacional, embora recorde alguns momentos com alguma satisfação, “*não eram só maus-tratos*”. Esteve casada 20 anos.

Considera que o marido talvez seja revoltado por na infância ter assistido às agressões físicas do pai à mãe, por o pai se ter suicidado e a mãe ter criado nove filhos, cinco rapazes e quatro raparigas. Só dois são solteiros. Uma irmã tem também alterações marcadas de humor que provocam algum sofrimento no marido, mas os outros têm relações tranquilas.

A Olinda durante a entrevista falou sem revolta e com calma da sua situação. Manifestou nas expressões muita tristeza e emocionou-se por períodos principalmente quando falava das filhas e do primeiro bebé que perdeu por agressão.

4. Liana

A Liana nasceu numa família nuclear em 1952, numa aldeia do Concelho de Valença, distrito de Viana do Castelo.

Tem uma irmã 10 anos mais velha que está emigrada e dois irmãos.

Os pais saíam para trabalhar na agricultura e a Liana foi criada pela irmã mais velha. Estudou até completar o 1º ciclo do ensino básico.

Na família de origem da Liana a mãe era quem exercia a disciplina e batia nos filhos muitas vezes de vassoura, contrariamente ao pai que nunca os castigava fisicamente.

Aos 18 anos começou a namorar com um rapaz de outra freguesia e por isso os irmãos não aprovavam o namoro, pois dizia-se que os homens dessa freguesia eram agressivos.

Aos 20 anos, a Liana foi submetida a uma cirurgia ginecológica, não sabe qual foi o diagnóstico, e ficou estéril. Depois da cirurgia, quando soube que não poderia ter filhos

biológicos, telefonou ao namorado para acabar o namoro. A Liana sabia que ter filhos era um desejo do namorado, mas ele não consentiu que ela acabasse o namoro e acabaram por casar civilmente em 1979, tinha a Liana 24 anos.

Foram viver para a freguesia do namorado, com a mãe dele, numa casa do sogro da Liana. O marido nasceu de uma relação extra-conjugal do pai que era casado e tinha uma filha do casamento.

O sogro da Liana era um pai violento que maltratava fisicamente os filhos e as mães deles. A mulher do sogro da Liana morreu em consequência de maus-tratos infligidos pelo marido. A sogra da Liana tinha hábitos alcoólicos marcados.

Quando foram feitas partilhas tiveram que sair e foram viver sozinhos, porque a sogra não quis continuar a viver com o filho devido aos maus-tratos que este lhe infligia.

As agressões à Liana começaram 3 ou 4 meses depois de casarem. O marido da Liana também bebe álcool exageradamente.

A Liana não se preocupa quando ele chega “*bêbado*” porque assim ele não lhe bate, vai dormir. Ela tem medo quando ele chega “*a meio pau*” ou seja bebido mas não demasiado. Ela percebia pelo andar se ia ser batida ou não.

As agressões eram violentas e faziam-na recorrer ao hospital com frequência, onde ela sempre disse que era o marido que lhe batia. Já sofreu várias fracturas ósseas. Na última agressão há dois anos, quando foi admitida no hospital, pela 1ª vez uma médica dirigiu-se a ela pela razão do internamento e a aconselhou e encaminhou. Foi para a casa abrigo do GAF e denunciou o marido, mas acabou por voltar para ele quando ele descobriu onde ela estava e lhe foi pedir para voltar para casa e por não ter rendimentos económicos, além da pensão social conseguida através do GAF.

O marido ficou com pena suspensa por 6 anos e não deixou de beber.

A Liana diz que desde aí ele melhorou porque sabe que vai para a cadeia. Ela considera que fez aquilo que é correcto a mulher fazer para impedir a prisão. Alega que ninguém gosta de ir para a cadeia e que o lugar da mulher é com o marido e que também há entre os dois muita amizade, mas resignada diz que ele não tem o direito de lhe bater, pois nem o pai o fazia, mas é sua obrigação ter muita paciência porque não se pode fazer nada.

O marido da Liana é um trabalhador não qualificado, sem trabalho e ordenado fixo.

Não é ciumento, insulta-a verbalmente e fala-lhe de outras mulheres que procura. A Liana não lhe recusa relações sexuais porque ele insiste e é obrigação de uma mulher.

Passa os dias a trabalhar em casa, nos campos das imediações e a cuidar dos animais.

No início do casamento acusou-a de gastar muito com a casa e por isso a Liana não vai às compras. É ele que leva os géneros alimentares para casa e é ele que levanta a pensão dela.

Quando ele a insulta faz de conta que não ouve, não lhe responde nem o contraria. Há dias que nem falam um ao outro. Está casada há 26 anos.

Teve sempre vergonha de dizer à família que o marido lhe batia, mas tanto os pais como os irmãos souberam pelos vizinhos. Mesmo assim a Liana nunca lhes pediu ajuda, apesar de dizer ao marido que ia para casa dos pais se continuasse a bater-lhe.

A mãe dela quando soube chamou a atenção ao genro e esbofeteou-o. A restante família nunca interferiu. Um dos irmãos é agente da GNR.

Sente muita tristeza e não tem interesse por nada, considera que o marido não pode bater na mulher nem vice-versa, que o casal deve ser unido e feliz e não acontecer o que se passa com ela. Admite a separação, mas o casamento deve ser para toda a vida e não concorda que em caso de separação se construa uma nova relação com outra pessoa. Para a Liana um marido é importante para uma mulher porque a protege e faz respeitar.

Durante a entrevista a Liana chorou baixinho continuamente, segurando um lenço entre as mãos pousadas no regaço. Apresenta idade aparente muito maior que a idade real e tem um ar muito triste e de grande resignação.

5. Elisa

A Elisa nasceu em 1965 e viveu num país estrangeiro onde os pais estiveram emigrados durante 21 anos, até aos 29 anos. Ficou em Portugal numa aldeia do concelho de Viana do Castelo de onde é natural e onde reside com a mãe, desde a morte repentina do pai durante um período de férias.

Estudou até completar o 3º ciclo do ensino básico.

Os pais trabalhavam em conjunto para conseguirem economias que lhes permitissem ter uma vida confortável em Portugal. Tem dois irmãos casados, emigrados.

Conheceu o rapaz com quem casou um ano depois de regressar a Portugal, através de um irmão dele e da esposa. Os sogros da Elisa davam-se bem e tiveram seis filhos. Três, dois rapazes e uma rapariga, são casados e dão-se bem com os cônjuges. Dois são solteiros e são alcoólicos.

Casou pela Igreja Católica em 1995, tinha 30 anos.

Foram viver para casa da mãe da Elisa.

No início ele era meigo, mas pouco tempo depois começou a ignorar a família, saía com os amigos, quando acompanhava a mulher a passear aos fins-de-semana era por um curto período de tempo e depois saía sozinho. Discutiam porque ele chegava a casa de madrugada, utilizando desculpas que ela acabava por saber não corresponderem à verdade.

Um mês depois de casarem deu-lhe uma bofetada, foi a primeira vez. A Elisa não reagiu, mas a mãe dela deu um murro ao genro. Mas, bater “*verdadeiramente*” foi dois anos depois, já moravam sozinhos.

Algum tempo depois foram viver para a casa da sogra na tentativa de ele mudar de comportamento, mas não resultou. A Elisa não se dava bem com a sogra e o marido insistiu para irem morar sozinhos.

A situação laboral da Elisa era precária, contratos e tempo certo que não eram renovados, o que a fazia mudar de emprego com frequência. O marido não tinha também emprego certo, por vezes ia à pesca e vendia o peixe. A Elisa tinha a responsabilidade da casa, dos filhos e de ganhar, sozinha, dinheiro para os sustentar. Para trabalhar pedia à mãe que ficasse com o filho e, como o marido não trabalhava, incumbia-o de tomar conta da filha e de pagar as contas da água, da luz e a renda.

Dois anos depois de casar, grávida do 1º filho, descobriu que o marido era toxicodependente e que já tinha antecedentes de internamento num hospital psiquiátrico “*por esgotamento*”, de que a família dele não falava.

A Elisa acompanhava o marido em tratamento ao Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT), mas começou a aperceber-se que desapareciam coisas de casa, até géneros alimentares. As contas da água, da luz e renda não eram pagas o que só descobriu com os cortes da água e luz e a ameaça do senhorio. O carro foi vendido sem o seu consentimento, assim como as cadeirinhas dos filhos.

Apesar do marido manter o tratamento no CAT, a Elisa encontrava droga em casa.

Começou sucessivamente a perder empregos por o marido ir ao local de trabalho ou lhe telefonar várias vezes, exigir que ela fosse para casa por ele estar doente. Queria que ela estivesse em casa, lhe preparasse as refeições que ele gostava a horas na mesa e nem quando ela deixava tudo pronto para ele fazer as refeições sozinho, ele o fazia. Ela tinha que estar permanentemente disponível para o atender naquilo que é normal para qualquer adulto autónomo.

Um dia, após lhe ter batido, ameaçou matá-la e a Elisa fugiu para a casa da mãe com os filhos, mas uma semana depois ele foi buscá-la e ela cedeu.

Depois do regresso a casa, ele acalmou por algum tempo e foi nesse período que sem desejar outro filho e a fazer anticoncepcivo oral, engravidou pela terceira vez. Tinha-se já queixado à médica de família das irregularidades do ciclo, que a enfermeira lhe dizia que era da pílula ser “*demasiado fraca*” para ela, mas que a médica manteve.

Os dois primeiros filhos foram desejados pelo casal, mas o pai não reagiu com alegria ao nascimento dos filhos e aquando do nascimento do último nem foi visitar a mulher e o filho ao hospital. A Elisa diz que o pai nunca foi carinhoso para os filhos.

Bateu-lhe a última vez com mais violência e ela chamou a polícia através da linha telefónica de emergência nacional (114) por já noutra altura ter chamado a GNR que não apareceu e já lá ter feito uma denúncia de maus-tratos que não ficou registada. Fugiu apesar do pedido de desculpa do marido, em frente aos agentes da GNR.

A mãe e a irmã do marido da Elisa denunciaram-no por roubo e ele ameaçou matá-las. Toda a gente o temia e por isso a família conseguiu que ele emigrasse, onde à altura da entrevista estava preso por “*assédio sexual a crianças*”.

Esteve casada 9 anos, está divorciada há cerca de 1,5 ano e tem medo que ele regresse ao país.

6. Nilsa

A Nilsa nasceu numa aldeia do concelho de Viana do Castelo em 1942, tem 63 anos.

Casou em 1974 pela Igreja católica com o namorado, 7 anos mais novo, por ter ficado grávida, pois até aí ele não queria casar.

Ficou muito envergonhada pela gravidez antes do casamento e por ter cedido ao namorado sendo já adulta. As irmãs ainda hoje a acusam de ter tido pouco juízo.

Estudou até ao 1º ciclo do ensino básico e era doméstica na casa dos pais até ao casamento.

O marido trabalhava na agricultura “*ao jornal*”.

Os sogros nunca se deram bem pois o sogro da Nilsa tinha amantes e bebia demasiado. Batia na mulher e nos filhos, cinco rapazes e duas raparigas. Uma das raparigas, cunhada da Nilsa, é mãe solteira e segundo refere a Nilsa há suspeitas quanto à paternidade das crianças pois o sogro teve relações sexuais com a filha e mais tarde foi o irmão. Quando a Nilsa teve conhecimento das desconfianças já estava casada há duas semanas.

Desde o início da vida em comum que os problemas do casal se centram em questões financeiras e de condições de vida do casal, agravadas pela intensificação dos hábitos etílicos do marido da Nilsa depois do nascimento dos filhos.

A Nilsa considera que os sogros quiseram que o filho casasse pensando que ela tinha bens, tal como uma das suas irmãs.

Quando casaram foram para uma casa emprestada temporariamente.

O primeiro filho nasceu morto e ela culpa o hospital por isso.

Um acidente que o marido sofreu impediu-o de trabalhar durante um tempo.

Um assalto à casa e pouco depois a perda da possibilidade de se aí se manterem, deixou-os sem casa.

Perante estes acontecimentos difíceis, a Nilsa gritava e pedia ajuda a Deus.

Considerou que ter um filho era uma forma de se sentir melhor e teve finalmente o filho que ela diz que foi muito desejado e que quando nasceu o marido bebeu demais de tanta alegria. Três anos depois, tiveram uma filha que não foi planeada. A Nilsa ficou contente por ser uma menina para tomar conta dos pais quando fossem velhos, mas o marido não a queria.

Tinham conseguido uma pequena habitação e o marido trabalhava enquanto ela era doméstica e cuidava dos filhos.

O marido gastava cada vez mais a beber e os insultos eram frequentes. A Nilsa um dia farta de ser insultada, insultou-o também. O marido já a tinha agredido fisicamente, no 1º ano de casamento, após o nascimento do filho nado-morto. A última vez que a agrediu, ela ameaçou-o. Os insultos passaram a ser mútuos e a Nilsa sabe quando é o momento de se calar para não ser fisicamente agredida. O dinheiro era gasto em vinho e a Nilsa começou a retirar-lhe dinheiro às escondidas quando sabia que ele recebia.

O filho mais velho vive em união de facto e “*os sogros são de bom porte*”, alegando que é por isso que não se divorcia.

A filha foi violada aos 14 anos, nunca disse à mãe quem o fez. A mãe faria justiça pelas próprias mãos. Está emigrada, depois de uma união de facto mal sucedida em casa dos pais e de “*ser enganada*” em vários empregos. Agora ganha muito dinheiro, mas a mãe não sabe em que é que ela trabalha.

Os filhos não ajudam economicamente a mãe porque ela não lhes quer pedir.

A família está referenciada há vários anos à Segurança Social, pela sua condição de pobreza, o que “*parece*” ter sido feito através da escola dos filhos.

A Nilsa refere que ninguém, nem da Segurança Social, acreditava que ela era maltratada pelo marido, ele fora de casa é diferente. Como ele trabalha, não tem direito a qualquer subsídio. Continua a retirar-lhe dinheiro às escondidas.

Foi na Segurança Social que a encaminharam para o GAF, onde recebe géneros alimentares e roupa.

Tem diversos problemas de saúde, patologia cardíaca, asma, sinusite e espondilite, insónia e não tem dinheiro para poder cumprir com regularidade a medicação. Por vezes, a médica dá-lhe remédios no Centro de Saúde.

Frequenta um Centro de dia algumas vezes por semana e lá encontra convívio e bem-estar, assim como na Igreja Católica que frequenta e na fé em Deus, “*para levar a sua cruz*” conforme a aconselha o padre.

Sonhou um casamento com união e amor e considera que tem um casamento de “*sofrimento e martírio*” que dura há 31 anos.

A Nilsa durante a entrevista utilizou um discurso zangado, com calão frequente e frequentes alterações no tom de voz. Transmitia revolta nas expressões faciais e na postura corporal, murros na mesa, mudança de posição na cadeira e gestos agressivos com as mãos. Chorou ao contar o nascimento do primeiro filho, nado morto, e da violação da filha. Falou carinhosamente dos filhos, os únicos que considera da sua família.

7. Cristina

A Cristina nasceu em 1964, tem 41 anos, é Angolana.

Está em Portugal desde 1974, tendo vindo para o país com as tias paternas.

É filha de uma Angolana e de um Português. Os pais da Cristina eram solteiros e não assumiram a gravidez, que esconderam da família. Quando a Cristina nasceu foi dada a um casal de Portugueses. Mais tarde o avô paterno da Cristina soube da existência da neta e recuperou-a, tendo-a criado com a ajuda de duas filhas até à sua morte. Os “*pais*” da Cristina são as tias paternas.

A Cristina estudou até ao 1º ciclo do ensino básico.

Já em Portugal conheceu e conviveu com o pai até à sua morte, há três anos. Sabe que a mãe está em Angola e que tem um meio-irmão que também lá está. A mãe tem feito tentativas de contacto que a Cristina rejeita porque não aceita a atitude que a mãe teve em relação ao seu nascimento. Fala com o irmão com alguma frequência ao telefone, não o conhece pessoalmente.

É empregada doméstica, já o era quando conheceu o marido.

Durante o namoro ele foi sempre atencioso com ela, nunca se esqueceu do aniversário dela nem do dia dos namorados.

A família dela não considerava o rapaz adequado para a Cristina, a família dele não era do mesmo nível de educação.

Os pais dele tiveram seis filhos, três rapazes e três raparigas. O pai era alcoólico e batia na mulher. Todos os filhos são casados. O marido da Cristina é o único que bebe em excesso e agride a mulher.

A Cristina achava que ele era o amor da vida dela e queria sair de casa.

Casaram pelo civil, mas o sonho da Cristina era casar pela Igreja Católica. A única presença da família da Cristina foi a de uma tia, que também ela não concordava com o casamento.

Antes do casamento, a Cristina já tinha reparado que ele bebia “*só um bocadinho*” mas não atribuía preocupação a esse aspecto pois ele tratava-a bem.

Pouco depois do casamento ele foi agressivo e bateu-lhe. A família dele tratava-a com pouco respeito e sobrecarregavam-na de trabalho “por ser de cor”, apesar de o casal viver sozinho. A Cristina era solicitada para cozinhar, fazer limpezas, etc. na casa da família do marido.

O marido da Cristina chegava a casa de madrugada, alcoolizado. Ela esperava-o preocupada à janela. Quando ele chegava, insultava-a e dispensava a preocupação dela. Ela habituou-se e deixou de o esperar.

No segundo ano de casamento tiveram a 1ª e única filha, que não foi planeada. Ele ficou contente com a gravidez, mas não gostou que fosse uma rapariga pois queria um rapaz “*para o acompanhar para o café*”.

A Cristina foi acusada, pelo marido, da filha não ser dele e de frequentar uma zona de prostituição de rua. Foi batida quase no fim da gravidez e ele disse-lhe que desejava a morte das duas.

Depois do nascimento da filha, a relação começou a piorar cada vez mais, apesar do investimento da Cristina em acarinhá-lo e envolvê-lo na relação com ela e com a filha. A Cristina declarava o seu desagrado e a vontade de acabar com a relação. Era desqualificada na capacidade para o fazer, pelo marido.

Os problemas surgiram em catadupa: os económicos decorrentes dos gastos com a bebida, a não repartição de tarefas entre o casal, os insultos e insinuações, a ausência do marido nos momentos familiares, por exemplo refeições, serões, festas da escola, eram trocados pela companhia dos amigos no café, a beber.

O alcoolismo do marido foi motivo de despedimento do emprego que tinha e onde ganhava “*muito bem*”. Nunca mais arranjou emprego.

Quando era batida não faltava ao trabalho, pois lá sentia-se melhor. As marcas no corpo da Cristina e a sua tristeza alertaram a patroa, que deixou de acreditar em quedas pelas escadas, desculpa habitual da Cristina. No caminho para casa pensava no que lhe iria acontecer ao chegar. A patroa encorajou-a a resolver a situação, que não tinha que aguentar. A Cristina contou à patroa tudo o que se passava depois de ter sido violentamente batida e violada pelo marido.

Fora de casa ninguém da família do marido ou da sua acreditava que ele a tratasse mal, por ser uma pessoa atenciosa. As tias, a quem só muito mais tarde contou por não terem aceite o casamento, diziam-lhe que eram coisas que faziam parte do casal.

Culpou-se muito tempo pelo comportamento dele, até que decidiu acabar com a relação que já não suportava mais. Pediu ajuda na Câmara Municipal de Viana e na Segurança Social e foi encaminhada para o GAF. Teve muito mais do que estava à espera. Apoio jurídico, fornecimento de géneros alimentares e da Câmara uma casa social que os patrões e outras pessoas conhecidas ajudaram a tornar habitável.

Vive com a filha.

Libertou-se do “terror” vivido ao longo de 16 anos de relação e está divorciada há 7 meses, altura em que saiu da casa do casal, mas o medo e as más recordações ainda estão presentes. Por vezes dá-se conta que está preocupada com a alimentação dele, com a vida dele em geral.

A Cristina optou por conceder a entrevista na sua casa, tendo tido o cuidado de a filha não estar presente para poder falar à vontade.

Durante a entrevista falou sem revolta, numa voz dócil e com períodos de choro. O discurso foi sereno, sem alterações de voz além das provocadas pelo choro. Manteve uma expressão triste mesmo quando sorria.

8. Irene

A Irene nasceu numa aldeia do Distrito de Braga em 1980, tem 25 anos.

Veio para uma aldeia do Concelho de Ponte de Lima, Distrito de Viana do Castelo na infância, com os pais. São oito irmãos, ela é a sexta filha e é analfabeta porque faltava muito à escola para tomar conta dos irmãos.

Os pais viviam da agricultura, trabalhavam ao “jornal”. A mãe da Irene é alcoólica e foi negligente com os filhos. Não fala com a mãe e ignora-a, diz que nunca se preocupou com ela nem com os irmãos e que só gosta de uma filha. O pai na infância da Irene também bebia

demais mas depois deixou de beber. À altura da entrevista a mãe saiu de casa e deixou o pai com a filha mais nova.

Aos 17 anos a Irene conheceu através da mãe o rapaz com quem cerca de 1 ano depois se viria a juntar. Mais velho 14 anos, tinha já sido casado e vivido uma segunda relação em união de facto da qual tinha um filho. A Irene soube mais tarde que também essas mulheres foram maltratadas pelo seu companheiro. O pai dele era alcoólico e batia na mãe. A Irene não sabe se os maus-tratos eram extensivos aos filhos.

O namoro foi sempre conflituoso, com a Irene a criticar os locais que ele frequentava, o tipo de festas, o comportamento dele e dos amigos e a ingestão abusiva de álcool. Ela acompanhava-o mas não gostava do ambiente, nem consumia qualquer bebida alcoólica porque era isso que o pai lhe dizia para fazer.

Aos poucos o namorado começou a ficar na casa dos pais durante a noite, até que ficou lá a morar com a Irene.

O companheiro bebia demais, insultava-a, ameaçava o sogro e batia na sogra e nos irmãos da Irene que ainda viviam na casa dos pais. A Irene defendia a irmã mais nova, evitando que ele lhe batesse.

Um mês depois, a Irene, o pai e o companheiro “*desconfiavam*” que ela estava grávida.

Ainda sem saber se estava ou não grávida decidiu fugir com a irmã e o irmão mais novos para junto de uma irmã mais velha a viver com o companheiro e com um filho, porque achou que era ela que estava a prejudicar os pais e motivava as agressões.

Dormiram na rua, faziam pequenos trabalhos para comer e foi neste período que a Irene fez um teste de gravidez e ficou a saber que estava grávida.

Foi para casa dos pais e o companheiro quis voltar. Aliada ao pai, evitou os contactos por um tempo, mas a Irene acabou por ceder.

Depois da filha nascer, tinha a Irene 18 anos, a relação com o companheiro passou a ser ainda pior. Ele não contribuía com dinheiro e tirava à Irene o que ela ia ganhando a trabalhar no campo. Insultava-a e insinuava que ela tinha outros homens e que a filha não era dele.

Depois da filha nascer começou a bater-lhe e a querer bater na filha, mas a Irene defendia-a e à sua irmã mais nova, fugindo de casa com elas.

Tiveram outro filho dois anos depois. A Irene não queria outro filho, pela situação de maus-tratos, e fazia anticoncepcional oral que falhou por interacção com outro medicamento que lhe foi prescrito. O companheiro ficou contente.

Durante a segunda gravidez o companheiro bateu-lhe e tal como na primeira, acusava-a de que o filho não era dele.

A Irene foi duas vezes à Segurança Social para pedir ajuda. Na primeira tentativa não chegou a ser atendida, na segunda ele viu-a entrar e foi atrás dela. Ela deu-lhe uma desculpa e desistiu.

Os problemas económicos eram grandes. Havia despesas do companheiro com motas, carros, roupas, multas e as festas continuavam. Ausentava-se cada vez mais de casa. Dava-lhe a entender que tinha outras mulheres e por isso depois do filho mais novo nascer não quis ter mais relações sexuais com ele. Tinha “*nojo*” e medo de contrair uma doença venérea, mas ele dizia que ela não o queria porque tinha outros.

A Irene diz que ele não batia nos filhos porque ela os defendia. Levava-os para o campo quando ia trabalhar e dormia com eles. Ele usava frequentemente facas nas agressões. A Irene diz que ele tentou matar o filho pouco depois do nascimento.

Na aldeia toda a gente sabia o que se passava, segundo referiu a Irene. Algumas pessoas davam-lhe roupa.

Um dia, a Irene recebeu uma carta do tribunal. Era uma denúncia do presidente da Junta de Freguesia por ela e o companheiro serem suspeitos de maus-tratos e de negligência com os filhos. Falou da situação de maus-tratos infligidos pelo companheiro e pediu ajuda para sair de casa com os filhos. Foi encaminhada pelo tribunal e pela Segurança Social para a casa-abrigo do GAF, com os filhos. Só o pai sabia que ela ia fugir, para terminar uma relação de maus-tratos de cinco anos.

Esteve na casa-abrigo, recebeu apoio e compreensão. Não voltou para o concelho de Ponte de Lima, vive numa aldeia do concelho de Viana.

Foi-lhe atribuído rendimento mínimo e abono para os filhos, sendo o único rendimento mensal que aufer, porque não consegue emprego pela falta de escolaridade.

Viveu um “*pesadelo*” e culpa-se. Desejava uma relação de apoio e compreensão nos bons e maus momentos.

Está separada do anterior companheiro há cerca de dois anos e vive com um segundo companheiro, bastante mais velho, há “*menos de um ano*”. Ele insulta-a e controla-a mas que não deixa faltar nada nem a ela nem aos filhos. Diz que não se sente agredida, mas que vai acontecer tudo de novo e quer viver numa casa sozinha com os filhos.

Acha que é a sua “*sina*”.

A Irene não chorou durante a entrevista e teve sempre uma postura de defesa como se não houvesse muito a fazer, nem a situação lhe tivesse provocado muito sofrimento. Falou muito

tempo de cabeça baixa, evitando por vezes o olhar. Tem uma expressão triste e por vezes falou com desprezo da mãe, do anterior companheiro e dos seus amigos. Foi um pouco difícil comunicar verbalmente com a Irene pois muitas palavras não eram entendidas por ela ou não conseguia perceber imediatamente as questões que lhe eram colocadas.

O actual companheiro e o filho mais novo acompanharam-na no dia da entrevista. Foi necessário esclarecê-lo da necessidade de a Irene estar disponível para a entrevista o que seria difícil com a presença do filho, pelo que ele aceitou esperá-la e tomar conta da criança.

9. Andrea

A Andrea nasceu no concelho de Viana do Castelo em 1974.

Viveu com os pais até casar e tem cinco irmãos.

Estudou até ao 3º ciclo do ensino básico.

Conheceu um rapaz, filho único de mãe solteira e vivia com a mãe e os avós maternos.

Já pensavam juntar-se e ter um filho quando a Andrea ficou grávida, mas os pais de um e de outro não concordaram que eles vivessem em união de facto e por isso casaram pela Igreja Católica.

A Andrea tinha 20 anos quando casou e teve a primeira filha.

Depois do casamento foram viver com a sogra e os avós do marido, pois este não queria deixar a mãe.

A Andrea trabalhava em horário rotativo, cuidava da filha e partilhava com a sogra as tarefas domésticas. Os avós do marido da Andrea gostavam dela e tratavam-na muito bem. Depois do seu falecimento os conflitos com a sogra começaram por divergência sobre os papéis de género na família. O facto de ele viver “*com duas mulheres em casa*” era justificação para o marido da Andrea não participar nas tarefas domésticas nem nos cuidados aos filhos. A mãe dele achava que o filho trabalhava e tinha que andar “*à sua vontade*”. A sogra criticava a Andrea e aliava-se ao filho. Depois do casamento o marido continuou a entregar parte do ordenado à mãe, depois de paga a prestação de um bem comprado pelo casal, mas depois pedia conforme necessitasse para ele próprio. A Andrea assegurava com o seu ordenado grande parte das despesas da família.

Estavam casados há três anos quando ele “*incomodado*” com a filha quis bater-lhe. Como a Andrea o censurou e não deixou, bateu-lhe a ela.

Ele começou a falar em ter outro filho. A Andrea não estava satisfeita com o estado da relação e porque não estava ainda efectiva no seu emprego, recusou ter um filho naquele momento, mas acabou por concordar quando se efectivou no emprego.

Aquando da segunda gravidez da Andrea, os problemas já existentes acentuaram-se e a Andrea começou a ser cada vez mais maltratada. As críticas da sogra continuaram assim como o controlo cada vez mais acentuado, pois dizia ao filho tudo o que a Andrea dissesse ou fizesse na sua ausência. Criticava-a e às mulheres em geral que trabalhassem fora de casa, pois isso fazia-as desrespeitar os maridos, porque ela achava que eram eles que deviam dar as ordens às esposas. O marido insultava-a e desqualificava-a, saía cada vez mais sozinho, e regressava a casa de madrugada. Não lhe fazia companhia, não saía com ela, nem durante a gravidez ele a acompanhou para as ecografias.

A Andrea tentava conversar com ele mas ele recusava-se a responder ou respondia mal e deixava de lhe falar. Os maus-tratos verbais eram contínuos, os físicos eram violentos mas espaçados. A sogra avisava o filho que tivesse cuidado pois podia ser preso.

A Andrea descobriu que o marido tinha uma amante, através de uma carta que encontrou no carro do casal. As saídas eram cada vez mais frequentes e tardias. O ordenado dela era necessário para assegurar as despesas prementes. O pagamento da prestação que era da responsabilidade do marido deixou de ser feito e o banco passou a cobrar através da conta da Andrea.

Um dia, ela resolveu dizer-lhe que se saísse, ela já lá não estaria quando chegasse. Assim fez. Levou os filhos e foi para casa dos pais. A sogra telefonou a avisá-lo do que ela tinha feito e pouco depois ele estava na casa dos pais dela para a levar e ameaçou tirar-lhe os filhos. Ela teve medo de ficar sem os filhos e regressou.

Durante algum tempo ele “*emendou*”, mas voltou ao mesmo e a gastar mais dinheiro que pedia à mãe ou exigia à Andrea. A sogra continuou a criticar, controlar e a insultar. A Andrea saturada, acabou por lhe responder da mesma forma, insultando-a. A mãe fez queixa ao filho e ele bateu na Andrea com violência e apontou-lhe uma arma.

Foi o fim da relação de oito anos, com ajuda da polícia, de uma irmã, do GAF e dos pais que a acolheram na sua casa.

A Andrea separou-se há 3 anos, está divorciada. Ele não solicitou visitas aos filhos e não paga a pensão, já tinha ameaçado.

A Andrea optou por conceder a entrevista em sua casa.

Narrou-nos a sua história com serenidade, sem revolta e mantendo um tom de voz uniforme e uma postura corporal calma. Por vezes, parecia que a Andrea não estava a falar dela própria. O

filho mais novo interrompeu-nos duas vezes, pelo que parámos a gravação. Ela manteve com ele naqueles dois momentos o mesmo tom de voz e postura serena. Não chorou, por vezes desviava o olhar com tristeza. Como que com vergonha ou dor?

10. Carla

A Carla nasceu em 1970, tem 36 anos e é natural de um distrito do sul do país. Tem cinco irmãos e estudou até ao 3º ciclo do ensino básico.

Até aos seis anos teve uma infância feliz. Os pais davam-se bem e eram meigos e preocupados com os filhos. O pai trabalhava na construção e a mãe em casa. Trabalhavam campos próprios e criavam animais.

Um dia o casal regressava da feira com os filhos mais novos e encontraram a irmã mais velha, que tinha ficado em casa a fazer o almoço, presa a uma árvore, nua. Tinha sido violada. À noite, os malfeitores voltaram para levar o dinheiro ganho na feira. O pai da Carla agrediu mortalmente um deles com uma navalha. Foi preso dezasseis anos e a família passou por grandes dificuldades e fome e mesmo depois do pai ter cumprido a pena, ficou quase dois anos desempregado, *“pois ter estado preso era motivo para não lhe darem trabalho”*.

Foi mãe solteira aos quinze anos e continuou na casa dos pais até que arranjou emprego em outra zona do sul do país, onde conheceu e viveu em união de facto com um companheiro, três anos mais velho, natural do Minho. Tiveram a primeira, tinha a Carla 20 anos.

Tinham decidido que viriam para o Minho, onde tinham comprado um terreno para construção de casa própria. A família ficou a viver entretanto na casa de uma cunhada dela. Havia mal-estar na família do marido da Carla por eles não estarem legalmente casados e esse mal-estar acabou por ser manifesto com um ultimato da cunhada da Carla *“ou casavam ou solteira não continuava em casa dela”*.

Casaram após nove anos de união de facto e já com duas filhas do casal, com diferença de três anos.

O marido da Carla tinha entretanto emigrado para trabalhar e ela ficou com os três filhos, trabalhando como empregada doméstica. O marido não dava notícias e um ano depois do casamento, a Carla pediu o divórcio e ficou sozinha com três filhos de 6 e 2 anos e um bebé de 2 meses, aos 24 anos.

Sentia-se triste e sozinha e numa das casas onde trabalhava conheceu o actual companheiro, 22 anos mais velho, viúvo, pai de dois filhos adultos. Ajudava-a a dar de comer aos filhos e por isso a Carla considerava-o uma boa pessoa.

Decidiram viver em união de facto. Três meses depois, ele bateu-lhe por ela o ter repreendido por ter batido numa das suas filhas, na altura com dois anos. Pegou nos filhos e foi para casa de uma cunhada durante mais de um mês, mas como gostava dele, voltou.

Ao fim de dois anos de relação e por gostar dele, tiveram uma filha. Quis fazer laqueação de trompas mas a médica não concordou por ela ser ainda nova. Três anos depois nasceu o segundo filho do casal. Uma gravidez não planeada. O companheiro bateu-lhe quando soube que ela estava grávida e quis que abortasse. Tinha cinco meses de gravidez quando soube. Nas duas gravidezes ele não deixou de lhe bater.

A Carla trabalha em horário rotativo e depois do cumprimento de horário nesse emprego ainda trabalha a fazer limpezas, para fazer face às despesas da família, que assegura sozinha. A casa e os cuidados aos filhos são da sua responsabilidade pois o companheiro não a ajuda.

Continuou a ser maltratada, ela e os filhos das anteriores relações, mesmo na presença de familiares ou amigos. Aos filhos dos dois a Carla não considera que ele os maltrate mas “*uma bofetada e à menina chama nomes, ao menino não*”. Os filhos do primeiro casamento dele foram fisicamente castigados com frequência e maltratados.

O companheiro da Carla “*tem duas personalidades ...umas vezes bate, outras vezes faz carinhos*”. As alterações de humor são frequentes. Controla-a, até a correspondência dela abre, insulta-a e às suas filhas, insinua relações extra-conjugais, não lhe dá o apoio emocional que ela necessita, nem colabora em nada que se relacione com os filhos mesmo em situações difíceis como por exemplo de saúde.

A Carla descobriu um diário da primeira esposa, que leu e onde ela relatou maus-tratos infligidos pelo marido mesmo durante a gravidez gemelar. Também soube que ele teve uma segunda relação em união de facto e que também batia nessa mulher.

Quando ela ou as filhas requerem atendimento hospitalar em consequência das agressões, ela não denuncia oficialmente a razão do recurso ao hospital. Trabalha lá e toda a gente sabe o que se passa com ela, aconselham-na e dispensam-lhe atenção.

Há três anos, saturada dos maus-tratos, mandou as filhas da anterior relação para a casa de uma irmã e pediu ajuda no GAF. Denunciou-o e esteve na casa-abrigo. Acabou por “*retirar*” a queixa e voltou para ele. O objectivo da Carla era obter ajuda e esclarecimento que lhe permitissem resolver a situação e que servisse para o ajudar a ele. A Carla atribui o comportamento do companheiro a sofrimento psicológico, desde a infância, “*a cabeça dele não está boa*”, porque ele é uma pessoa de “*bom coração*”. Foram-lhe oferecidas diversas ajudas, que ele recusou.

O companheiro da Carla tinha dezasseis irmãos, negligenciados pela mãe e castigados fisicamente pelo pai. Ainda jovem, na tropa, sofreu muito com a morte de uma irmã de dois anos, a quem a mãe durante a doença não prestou os cuidados e atenção necessários. A Carla acha que tal como a dela, a vida dele foi difícil e com muito sofrimento, mas para ela o bem-estar dos outros é uma alegria, porque ela teve “*colo*” dos pais e ele não.

Houve uma segunda denúncia do ex-marido da Carla por maus-tratos às suas filhas. O actual companheiro foi a tribunal, pagou uma “*multa*” e foi avisado que à terceira denúncia seria preso. Ele não mudou, a Carla não voltou a denunciá-lo. Bateu-lhe a ultima vez há um mês, porque ela protegeu a filha de um murro pondo-se na sua frente. Não teve uma experiência positiva com agentes da GNR e por isso acha que não vale a pena recorrer, acreditam no agressor e mandam a mulher para casa.

Não quer repetir a experiência de uma separação, por causa dos filhos que “*gostam muito do pai*”, mas não sabe se aguenta. Por vezes sai de casa e passa uns tempos com uma ou outra cunhada, mas ele pede-lhe que volte e faz promessas de mudança.

Já não tem força para trabalhar como fazia há uns tempos. Continua no emprego em horário rotativo, mas já só aguenta mais um trabalho. Tem a casa, três filhos com ela, animais e campos.

O filho mais velho da Carla tem 22 anos e é independente. A segunda filha com 16 anos vive em união de facto, na casa dos sogros.

Ela acha que ele aos poucos está melhor, mas ela não o contraria, faz o que ele quer, quando ele quer.

Não foi este tipo de relação dramática, com que sonhou. Sonhou com ternura, preocupação mútua pelo bem-estar familiar e colaboração entre o casal. Sente-se triste e desiludida.

A Carla chorou diversas vezes durante a entrevista, especialmente quando falou da sua infância, dos pais, dos irmãos e dos seus filhos.

Tem uma expressão triste que se prolonga no tom de voz, sem revolta, nem acusação. Parece estar resignada com o sofrimento e com pouca esperança, mas considera que houve alguma evolução positiva na sua relação que também já teve bons momentos.

Para ela, a família de origem e os filhos são a sua família. Ao companheiro referiu-se durante toda a entrevista como o “senhor”.

2.2. Apresentação e análise dos dados

Neste ponto do trabalho vamos apresentar os dados obtidos das histórias de vida das mulheres que conosco participaram, obtidos através da técnica de análise de conteúdo. Organizamos os dados por áreas temáticas que aparecem representadas em quadro síntese, após a análise descritiva.

⇒ Área Temática – Conceito de maus-tratos conjugais verbalizado pelas mulheres maltratadas

Relativamente ao conceito de maus-tratos verificámos que na opinião destas mulheres, se centra essencialmente nas agressões físicas e psicológicas associadas (9 mulheres), (quadro nº 14).

Constatámos com interesse, que a totalidade das mulheres atribui uma maior gravidade às agressões psicológicas, por considerarem ser as que provocam mais sofrimento. Este tipo de agressão, para a maioria das mulheres, envolve as palavras agressivas dirigidas à mulher, mas duas mulheres associam-na também às atitudes do cônjuge, como a falta de cumplicidade, de cooperação e o desprezo.

De salientar o facto de duas mulheres considerarem no conceito de maus-tratos as agressões físicas ou psicológicas não só à própria mas também aos filhos; o mesmo número de mulheres inclui no conceito de maus-tratos, a subtracção económica para o agregado familiar.

Quadro nº 14 – conceito de maus-tratos: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Agressão aos elementos da família	Física	<i>“Segundo é ver os filhos a levarem pancada (...).” N10</i>	N10	1
	Psicológica	<i>“É massacrar e não ter amor às filhas (...).” N1</i>	N1	1
Agressão à mulher	Psicológica	<i>“Ai Jesus! Mais valia que me desse uma chapada na cara, do que certas coisas que me diz. (...) quantas vezes eu preferia que ele me batesse do que o que me chama.” N6</i>	N6	1
	Física e psicológica	<i>“Maus-tratos não é só, o homem maltratar porque bate, não, também não é só isso. Também é os insultos, a falta de respeito, a falta de confiança, a falta de, de como heide explicar de cumplicidade um do outro, dessa parte que está a insultar, é falta de muita coisa, é prejudicar muito a parte da pessoa que está a recebe-los.” N8</i> <i>“ (...) primeiro é chamar aqueles nomes que são terríveis, ainda é pior do que bater. Depois é aquilo que ele me faz, como me bate, a maneira como bate, o desprezo que às vezes me dá. Também considero maus-tratos eu ter que fazer a vida sozinha e ele nem perguntar tens falta disto, tens falta daquilo, nada.” N10</i>	N1;N2; N3; N4; N5; N7; N8; N9; N10	9
Subtracção de dinheiro para o agregado familiar		<i>“Os maus-tratos é (...) faltar com o dinheiro(...).” N7</i> <i>“(...) economicamente também.” N10</i>	N7; N10	2

⇒ **Área temática – Gênese dos maus-tratos**

Relativamente a esta questão (quadro nº 15), a maioria das mulheres (9 casos) referiu que os maus-tratos começaram depois da união com o cônjuge, apenas uma referiu que os maus-tratos começaram durante a fase de namoro. Neste caso, os episódios de maus-tratos na relação de conjugalidade, repetiram-se 3 meses após a união, já grávida do 1º filho.

Os maus-tratos depois da união, tiveram início em fases precoces da relação, tendo a maioria das mulheres (8 casos) sido agredidas fisicamente durante o primeiro ano de união. A agressão física mais precoce foi a de N3, que foi agredida 8 dias depois da união e a mais tardia foi a de N9, que sofreu a 1ª agressão física 2 anos depois.

É de salientar que no caso de algumas mulheres o início dos maus-tratos coincidiu com a gravidez, sobretudo na 1ª gravidez ou com o nascimento de um filho.

O motivo do primeiro episódio de maus-tratos físicos que mais sobressai, é a embriaguês do cônjuge (5 casos), seguido pela protecção aos filhos de agressão física do pai (2 casos). De referir que, no caso de N10, a agressão após três meses de união, teve como motivo a protecção de uma das filhas de união anterior dessa mulher. A suspeita da paternidade e toxicoddependência do cônjuge foram referidos por uma mulher, respectivamente.

Uma das entrevistadas, que já sofria maus-tratos durante o namoro, não apresentou motivo para esse episódio, referindo que ele era muito ciumento.

Quadro nº 15 – Gênese dos maus-tratos: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Início dos maus-tratos	Durante fase de namoro	“A gente namorava e um dia não sei porquê ele começou a dar-me e a magoar-me. Quanto mais eu dizia para parar com aquilo, mais ele dava.” N1	N1	1
	Início da união	“Casei com 18 anos. (...). Não levou muito tempo (silêncio) ao fim de 8 dias de casada.” N3	N3; N4; N5; N7; N8; N10	6
	Gravidez/nascimento de filho	“Foi a primeira vez que me bateu (...). Estávamos casados há dois anos e a partir daí é que começou (...) depois de eu ficar de bebé [2º filho].” N9	N2; N6; N8; N9	4
Motivo do 1º episódio de maus-tratos	Sem motivo	“(…) não sei porquê(…)” N1	N1	1
	Embriaguês	“O meu pai era bêbado e o meu homem quando vinha aos fins-de-semana ia com ele para a tasca. (...) quer dizer, um belo dia vinha mesmo bêbado e deu-me cabo da cara(...) já estava grávida, de pouco tempo (...)” N2	N2; N3; N4; N6; N7	5
	Toxicod dependência	“(…) começou a entrar com os amigos na droga(…)” N5	N5	1
	Suspeita da paternidade	“eu não sou o pai, andas com outro homem (...)” N8	N8	1
	Protecção aos filhos de agressão física	“Isto começou por ele ter dado um estalo ou dois na minha menina que tinha dois anos e eu não gostei e acabei por lhe dizer: M... tu não faças isso porque a menina é pequenininha, como é que consegue entender o que é que tu estás a fazer? e mais a mais é uma criança e isso não se faz. Desatou logo a mim à pancada (...)” N10	N9; N10	2

⇒ **Área Temática – Dinâmica e evolução dos maus-tratos, durante a relação conjugal**

O quadro nº 16, ilustrativo desta área temática, permite-nos verificar que a maioria das mulheres (9) referiram a existência de episódios de agressão, seguidos de manifestação de arrependimento, expressa através de pedido de desculpa e promessas (opinião de 7 mulheres) e através de sinais comportamentais sugestivos do mesmo (opinião de 2 mulheres), o que se configura com um ciclo de violência.

Podemos constatar ainda que todas as mulheres referiram que os episódios de maus-tratos são frequentes e se agravaram com o decorrer do tempo, na opinião de nove.

Quadro nº 16 – Dinâmica e evolução dos maus-tratos, durante a relação conjugal: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Ciclo de violência		<i>“Mas a borracheira acabava, ele dormia e no outro dia: perdoa-me e perdoa-me e perdoa-me porque eu não sei o que eu faço, ele dizia que gostava de mim, ele amava-me, ele não sei quê não sei que mais, mas continuava tudo na mesma, tudo na mesma.” N3</i>	N1; N2; N3; N4; N5; N7; N8; N9; N10	9
Episódios frequentes		<i>“Ele foi sempre muito mau, se estivéssemos 8 dias bem eu dizia que era milagre, este homem anda um santo. A [filha mais velha] também dizia logo, mas no outro dia lá vinha a revolução, que tortura meu Deus.” N1</i>	N1; N2; N3; N4; N5; N6; N7; N8; N9; N10	10
Agravamento dos maus-tratos		<i>“(…) cada vez batia-me mais porque ele andava perdido (...). O bater não era muito constante, mas quando era, era pesado (...) Depois do menino nascer piorou e foi cada vez pior, era bater, as dividas, as coisas que magoavam, ele chegou a um ponto que nem pelos filhos se interessava. (...) até ele me apontar uma arma à cabeça.” N9</i>	N1;N2;N3; N4;N5;N6; N7;N8;N9	9

⇒ **Área temática – Tipos de maus-tratos infligidos durante a relação de conjugalidade**

Relativamente ao tipo de maus-tratos, (quadro nº 17), verificámos que todas as mulheres sofreram formas associadas de maus-tratos, físicas e psicológicas, infligidas pelo cônjuge.

Todas as mulheres foram fisicamente maltratadas, com recurso à força física, mas cinco ainda acrescentaram agressões físicas com utilização de objectos.

Os maus-tratos psicológicos, também presentes nas histórias de vida de todas estas mulheres, foram infligidos de diversas formas, sobretudo através de expressão verbal e do comportamento do cônjuge, relatados pelas dez mulheres. Para além, destas duas formas de maus-tratos psicológicos, onde sobressaem, os decorrentes da falta de participação económica para as despesas familiares, a depreciação por parte do cônjuge, referidos por oito mulheres respectivamente e a falta de autonomia por controlo exercido pelo cônjuge, referida por sete, ainda foram mencionadas outras formas de maus-tratos psicológicos, tais como: a ameaça/intimidação pelo cônjuge, com utilização de armas em três casos, e a falta de manifestações de afecto por parte do cônjuge, referidas por seis mulheres respectivamente.

Com menor frequência emergiram ainda: a acusação de infidelidade pelo cônjuge e a recusa de colaboração nos cuidados aos filhos (3 mulheres, respectivamente); o controlo dos contactos com elementos da família de origem (3 mulheres) e o controlo dos contactos sociais, exercidos pelo cônjuge (2 mulheres).

Quatro destas mulheres referiram terem sofrido violação marital.

**Quadro nº 17 – Tipos de maus-tratos infligidos às mulheres, durante a relação conjugal:
categorias, subcategorias e frequência**

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise (exemplo)	Informantes	Total
Maus-tratos físicos	Agressão física com utilização de força	“ (...) dava-me pontapés(...) pancada sem dó, dava-me porrada sem dó nem piedade, aos socos, ao pontapé (...)era ao soco (...).Ele arrancava-me os cabelos, dava-me porrada até ficar como morta. (...) mordeu-me...” N1	N1;N2; N3; N4; N5; N6; N7; N8; N9; N10	10
	Agressão física com objectos	“(…) dá umas ripeiradas (...) com um pau, é com uma coisa qualquer e já está. (...) até com uma soga me bateu.” N4	N1;N4;N6; N8; N9	5
Maus-tratos sexuais		“ (...) depois [de lhe queimar o rosto] meteu-me o ferro no meio das pernas como quem... ele é que andava, era o prostituto, mas estava a querer fazer de mim (...) queimou-me, meteu-me o ferro no meio das pernas. Fugi para o quarto da minha filha mas ele foi lá e trouxe-me arrastos pelos cabelos e disse: “pega que é isto que tu queres” (silêncio, suspirou) eu não me lembro de gritar, de doer, não me lembro de nada (silêncio). (...) queria era safar-se a ele e eu era...era um boneco, um boneco na mão dele, e dizia: eu estou zangado contigo mas não estou zangado com o resto e fazia. Ele tinha muita força, botava as mãos...era à força...Ele de mau...quando me batia, quando me dava porrada...chegava à minha beira...ele fazia [relações sexuais] era como se estivesse com uma pedra.” N1	N1; N2; N3; N7	4
Maus-tratos Psicológicos	Por agressão verbal	“Fazia-nos a vida negra, sempre a discutir, sempre de mau humor, proibia-nos disto, proibia-nos daquilo (...) começou a insultar com aquelas imaginações de bêbado (...). Recordo-me, eu grávida (silêncio) ele assim: aqui na minha casa não há guloseimas. (...) não que ele me tivesse batido naquela noite, mas só o que fez (silêncio) eu só lhe disse a ele, foi as únicas palavras que eu lhe disse: eu ainda trabalho e sempre te ajudei até agora e não é por isso que vou deitar a casa a perder por um pudim e lembra-te que estou grávida de um filho teu. E ele disse: eu quero que tu morras. Tu e o filho.” N3	N1; N2;N3; N4; N5;N6; N7; N8; N9; N10	10

Por comportamento	<i>“Ele virava as costas ainda eu estava a falar e quando vinha nem admitia perguntas, nem dava respostas. Ele não falava comigo, nunca me dizia nada, não valia a pena eu falar que ele não ligava. Ele entrava em casa no fim do trabalho, tomava banho, saía e nem queria que lhe pedisse satisfações, nem ele as dava.” N9</i>	N1;N2; N3;N4;N5; N6; N7; N8; N9; N10	10
Por acusação de infidelidade	<i>“ (...) veio logo a mais nova, e ele disse-me: tu andas prenha mas não é de mim (...) foi essa palavra [negar a paternidade] (silêncio) nunca mais na vida lhe perdoo.” N2</i>	N2; N7; N8; N10	4
Por depreciação da sua mulher	<i>“(...) eram as palavras que mais chocava do que a violência mesmo...que eu não prestava para nada, ele estava comigo por causa dos filhos, se não fosse por causa dos filhos já tinha-me deixado (...) ou então eu estava a fazer o comer, ele chegava e dizia: não faças o comer que eu vou buscar o comer a tal sítio, e eu dizia não vás buscar porque já está quase feito e ele dizia: arrumas e comes à noite. (...) depois fora dizia: a minha mulher não sabe cozinhar, não sabe fazer isto, não sabe fazer aquilo.” N5</i>	N1; N2; N3; N5; N7;N8; N9; N10	8
Por falta de manifestação de afecto	<i>“(...) preocupar-se comigo e ele não faz. (...) às vezes eu chorava, ele nunca era capaz de perguntar porque eu chorava, às vezes só dizia: isso são lágrimas que eu conheço há muito, não valem nada. (...). Ele não quis saber, nem se preocupou se era menino, se era menina, se andava bem se andava mal, não quis saber. (...). Só no dia seguinte é que ele apareceu, foi ver o menino, deu um beijinho ao menino, a mim não me ligou nenhuma e saiu porta a fora.” N10</i>	N3;N6;N5; N7;N8; N10	6
Por controlo da autonomia / privacidade	<i>“(...) controlava o meu horário, nem me dava tempo de chegar a pé a casa, depois do trabalho.(...) fazer compras era com ele, não me deixava ir sozinha. (...) Nunca pude fazer o que eu gostasse. (...) ligava a perguntar onde estava e eu em casa. Controlava-me, controlava-me e não me deixava sair. (...) saía àquela hora e ele dava-me dez minutos para estar em casa. Nem podia ir às compras. Se uma colega me dissesse: vamos tomar um cafezinho depois do trabalho, eu não podia ir ou se fosse depois tinha que dar aquela pedalada até casa a correr. (...).Sentia-me mal, não podia pintar os olhos nem as unhas, não podia deitar um bocado de creme na cara (...)” N1</i>	N1; N3; N4; N5;N7; N8; N10	7

Por controlo dos contactos com familiares	<i>“ (...) na passagem de ano, as minhas tias convidaram-me e convidavam-me sempre para passar o Natal mas ele nunca queria, era sempre na casa da família dele (...)” N7</i>	N1; N3; N7	3
Por controlo dos contactos sociais	<i>“Eu nunca podia sair sozinha, tinha sempre que ir com a sogra ou com as irmãs [do marido] (...) ninguém podia ir à minha casa que ele fazia logo das suas.”N1</i>	N1;N3	2
Por prejuízo da actividade laboral da sua mulher	<i>“Não queria que eu arranjasse emprego. Ele ia-me buscar ao meio-dia e dizia-me que tinha que vir embora porque ele estava doente, outras vezes é porque tinha de ir a um lado qualquer e tu tens que vir comigo que eu não posso ir sozinho. (...) ele telefonava a toda a hora para chamar por mim, quem era o patrão que quer uma empregada que de 5 em 5 minutos era chamada para ir ao telefone, à hora do almoço ficava na rua a chamar por mim e...(...) N5</i>	N1; N5	2
Por subtração de dinheiro para despesas familiares	<i>“Depois quanto ganhava, quanto gastava, gastava mesmo muito. Ele dava-me o dinheiro, mas a seguir ia buscar o que me deu mais aquele que eu tinha e quando vinham as contas o dinheiro não chegava. (...) ele primeiro gastava o dele e depois gastava o meu, principalmente aquele que eu guardava.” N7</i>	N1; N2; N5; N6; N7; N8; N9;N10	8
Por intimidação / ameaça	<i>“(...) andava sempre a ameaçar que se ia embora (...) disse-me: o meu advogado disse-me para dizer que tu ligas-te o ferro e que me ias a queimar e antes queimei-te eu.(...) ao hospital não ia que ele ameaçava-me sempre, dizia (...) conhecia lá médicos que me tratavam da tosse. Ele disse-me: chegando a Portugal eu dou-te como tola e tiro-te a [filha mais nova]. Ele não queria que eu falasse, que o entregasse à GNR e ameaçava, foi ameaçar a minha mãe (...) também me dizia: vai, vai fazer queixa à GNR que a GNR ainda se ri de ti. Ele tirava-me o telemóvel, a minha mãe telefonava e eu mesmo mal dizia-lhe que estava bem e ele desligava o telemóvel”. N1</i>	N1;N3;N5; N7;N8; N9	6

	<p>Por ausência de colaboração nos cuidados aos filhos</p>	<p><i>“Não havia tarefas para o meu homem. Quando os filhos chorassem eu é que tinha que andar com eles ao colo senão ele dizia que os rebojava pela janela. Eu chegava a trazer dois ao colo e um sem poder a pé, não tinha três braços e ainda levava as sacas penduradas nos braços. Pois o meu homem podia ver que não pegava sequer num filho. De noite quando eles choravam ele nunca se levantou, nem pegou em nenhum para me ajudar.(...) o meu homem nunca me ajudou, nunca me disse que ajudava a levar a miúda. Eu carregava com ela, a pé, até [local tratamento, vários Km] e depois até casa. Nunca nas tarefas dos filhos me ajudou.” N2</i></p>	<p>N1;N2;N7</p>	<p>3</p>
--	---	---	-----------------	----------

⇒ **Área temática – Motivos dos maus-tratos conjugais**

Na perspectiva destas mulheres os motivos de maus-tratos, centram-se particularmente (quadro nº 18) na categoria: desequilíbrio de poder existente na relação conjugal, especificamente no autoritarismo e poder masculino (referido por nove mulheres) e nos privilégios machistas (referidos por oito mulheres), o que se expressou fundamentalmente, através da obrigação da mulher estar ao serviço do cônjuge e no parecer de duas mulheres (N9;N10) que consideraram assumido pelo cônjuge o direito de lhes bater. Neste âmbito de desigualdade na relação conjugal, seis mulheres salientaram a superioridade física pela dificuldade que por inerência tinham em se defender.

Para oito mulheres, existiram episódios de agressões em que não era evidente um padrão motivador – motivos arbitrários, em que há referências a agressões por trivialidades, como uma vassoura fora do sítio.

Os conflitos/censura ao cônjuge foi outro motivo mencionado por oito mulheres, e que englobam essencialmente, a censura por questões económicas (6 casos); a censura pela não participação na vida familiar (5 casos) e a decorrente da punição física aos filhos pelo cônjuge (4 casos).

Os motivos relacionados com os hábitos aditivos do cônjuge, foram referidos por sete mulheres, das quais seis apontaram a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e uma mulher a toxicodependência do cônjuge. É importante referir, que embora

considerem este tipo de consumo uma das razões, apontam ainda outras razões, assim como, a existência de maus-tratos mesmo quando não estavam sob efeito das referidas substâncias, contudo uma mulher (N8) refere que as agressões físicas eram habitualmente sob efeito de álcool.

Salientam-se também, os motivos associados às características negativas do comportamento do cônjuge, referidos no total por nove mulheres, onde se destacam, a maldade (5 casos); o egoísmo (4 casos); o ciúme (3 casos); a dificuldade de gestão de emoções (3 casos) e o gosto em ver sofrer (2 casos).

A inexistência de descendência, foi um dos motivos de maus-tratos, para uma por suspeita (infundada) de contraceção feminina e para outra por esterilidade (conhecida previamente à união, mas que ela considerava ser motivo de “desorientação” do cônjuge); a gravidez não planeada foi motivo de agressão em dois casos; com a mesma frequência (2 casos cada) surge a infidelidade masculina e o compromisso da saúde mental do cônjuge.

Outro motivo exposto pelas mulheres foi o da impunidade do agressor, que as mulheres associaram a diversos aspectos: a protecção da sogra (3 casos), porque acolhem os filhos e parecem criar com eles uma triangulação favorecedora da sua impunidade; instituições formais de segurança e justiça (3 casos), nas quais, os discursos das mulheres, apontam para a existência de dificuldades na abordagem da violência no seio familiar; e pela percepção do cônjuge da não denúncia da mulher (3 casos), em que uma (N8) referiu, a impossibilidade em estabelecer contacto telefónico, pelo que, teria que sair durante a noite com os filhos e ainda o não desejo de expor o corpo, por pudor, para fazer comprovação de maus-tratos físicos.

Em três casos foi narrado como motivo a intenção feminina de divórcio.

Quadro nº 18 – Motivos dos maus-tratos conjugais: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Desequilíbrio do poder na relação conjugal	Autoritarismo/ Poder masculino	<p><i>“Ele queria a verdade à maneira dele e eu era a prisioneira.(...) o meu marido era assim, deixava as pessoas andarem e fazerem e depois mudava de ideia e pronto. (...) ele hoje dizia uma coisa, amanhã já dizia outra. Eu estava na cama, que andava a calmantes, e ele chegava eu tinha de falar senão ele deitava-me a mão e era assim: acorda, acorda prostituta senão dou-te um tiro. Uma altura, ele nunca mais vinha, precisava ir [loja], fui eu com a minha mãe, quando cheguei a casa foi o fim do mundo. Às vezes tanto esperava e ele não vinha ia eu embora, depois então é que era a matar. Era como um pai, eu achava que era ele que mandava em mim [silêncio] se não fosse fazer era tortura velha.” N1</i></p>	N1;N2;N3; N4;N5;N6; N7;N9;N10	9

	Privilégios machistas	“(…) começou a dizer que queria tomar banho e não tinha a roupa na cama. Eu disse-lhe: espera um bocadinho que eu já vou pôr, e ele: já devia estar, não sei o que andas a fazer. Eu disse que tinha ido às minhas tias e que tinha ido pôr flores na campa do meu pai e ele disse: deixa lá a campa do teu pai, que é o buraco para onde tu vais e não precisa de flores, e começou a bater-me (...). (...) fazia de mim empregada(...). Eu vinha cansada do trabalho às oito horas, às vezes pedia-lhe ajuda, o primeiro que chegasse ia fazendo as coisas, ou pôr a mesa ou assim, mas ele dizia que não fazia, que não tinha sido habituado a isso, mas eu dizia-lhe: não pode ser, a gente tem que se ajudar um ao outro, mas ele pronto. (...) não sei acho que ele queria era ter alguém que lhe tivesse a casa arrumada e a comida feita e ainda o sustentasse a ele (...).(…) muitas vezes eu já estava na cama mas ele chamava-me e dizia: estão cá uns primos meus e ainda não comeram, faz qualquer coisa e eu dizia: mas não tenho e ele dizia: arranja-te, e eu tinha que me arranjar mesmo. Muitas vezes fui pedir à minha vizinha, que ela estava a par da situação, óleo, arroz para fazer o jantar para eles.” N7	N1;N2;N3;N4;N5;N7;N9;N10	8
	Superioridade física	“Ele com 1,90 de altura e pesa 90/95 Kg e eu com 1,60 de altura, não conseguia nada. Às vezes procurava dar-lhe um pontapé entre as pernas para ele abaixar, mas da maneira que ele estava fulo... ele tinha o dobro da força.” N5	N1;N2;N3;N5;N9;N10	6
Hábitos aditivos do cônjuge	Ingestão excessiva de álcool	“(…) não me importo que se embebede, não gosto é que chegue a casa a meio pau, quer dizer não está bem bêbado, que depois é só vergonhas.” N4	N2;N3;N4;N6;N7;N8	6
	Toxicodependência	“começou a entrar com os amigos na droga (...) estava com dose a mais (...)” N5	N5	1

Características comportamentais negativas do cônjuge	Ciúme	<i>“Os ciúmes eram os ciúmes, foi sempre. Quando namorávamos, depois do casamento foi sempre. (...) sentia-me bonita, eu era vistosa. Íamos à praia e não me deixava pôr em biquíni. (...) se gostas tanto de mim porque me dás porrada? E ele dizia que não tinha culpa de gostar tanto de mim, de ser ciumento.”</i> N1	N1;N2;N10	3
	Maldade	<i>“Também sem vinho, também sem vinho! Era igual, já é mau instinto dele, já é mau instinto, não tem cura.”</i> N6	N1;N3;N4;N5;N6	5
	Egoísmo	<i>“(...) só queria roupa de marca, sapatos de marca, camisa de marca, casacos de marca, tudo de marca, para ele tudo de marca e para mim e para a minha menina era roupa dos ciganos para não dizer outra coisa. E se a ele lhe desse outra coisa qualquer, ui, batia-me, dizia coisas...”</i> N8	N1;N3;N5;N8	4
	Gosto em ver sofrer	<i>“Parece que é um gosto para ele. É um gosto pois, que eu não gosto.”</i> N4	N1;N3;N4	3
	Descontrolo emocional	<i>“Ele bate porque é da cabeça, ele se tiver que descarregar, descarrega a bater. (...) bate (...) agarra-se a mim a chorar e diz: porque me fizeste irritar?”</i> N10	N4;N9;N10	3
Conflitos/ censuras ao cônjuge	Por questões económicas	<i>“(...) não admitia que eu o chamasse à razão, ele não ligava se gastava dez se ganhava cinco, ele não admitia que eu lhe dissesse nada e eu tinha que o chamar à razão.”</i> N9	N1;N2;N5;N6;N7;N9	6
	Por agressão física aos filhos	<i>“Isto começou por ele ter dado um estalo ou dois na minha menina que tinha dois anos e eu não gostei e acabei por lhe dizer: M... tu não faças isso porque a menina é pequenininha, como é que consegue entender o que é que tu estás a fazer? e mais a mais é uma criança e isso não se faz. Desatou logo a mim à pancada (...). Ele desatou a bater na minha filha e eu disse que chegava de bater e ele pronto bateu-me a mim também.(...) ele sempre me disse que o problema de me bater a mim era por causa das minhas filhas (...). Só às minhas, aos dele não.”</i> N10	N2;N8;N9;N10	4

	Por inatividade laboral	<i>“(…) ele nunca gostou de trabalhar. Ele gostava de passear, passear com a malta de café em café, corria todos os cafés durante o dia. Eu nunca soube de nada, só mais tarde vim a descobrir quem ele era (…)”</i> N5	N5	1
	Por não participação na vida familiar	<i>“Depois da [filha] nascer não fazer refeições connosco; sair; nós à mesa a comer e ele sempre a dormir; eu às vezes depois de comer ia com a (filha) às minhas tias, quando chegava ele já não estava; estávamos a comer ele não estava, quando nos estávamos a deitar é que ele chegava; comia qualquer coisa e ia-se embora. (…)</i> ele nunca andava comigo nem com a minha filha, era só com os amigos e no café, quer estar ali a jogar cartas, a beber. Isto todos os dias também me começou a encher.” N7	N5;N6;N7; N8;N9	5
	Sem especificar	<i>“Uma altura bateu-me, eu estava a chorar na cama, já não sei porque foi que tinha ralhado com ele e ele bateu-me aos socos.”</i> N1	N1	1
Compromisso da saúde mental do cônjuge		<i>“Eu penso que ele tinha que ser ajudado psicologicamente ou algum neurologista. Porque a cabeça dele não anda bem.(…) Ele tão depressa bate como se arrepende (…)”</i> N10	N8;N10	2
Gravidez não planeada		<i>“(…) a mais nova calhou porque calhou e ele disse que não era dele. Não tivemos cuidado, mas a culpa não era só minha também era dele.”</i> N2	N2;N10	2
Inexistência de descendência	Suspeita de contraceção feminina	<i>“(…) eu não queria ter filhos, eu sabia o ambiente que eu estava e não queria e ele começou a ficar cada vez mais agressivo porque eu não ficava de bebé. A minha sogra começou a meter-lhe coisas, que eu se calhar andava a tomar alguma coisa para não engravidar. Eu nunca fiz nada, não ficava grávida porque pronto não calhava (…)”</i> N3	N3	1

	Esterilidade feminina	<i>“(…) fui operada com 20 anos, namorava com o meu homem. (...) disse-lhe: olha que eu filhos não há, arranja outra e acabou a nossa vida. Mas ele mesmo assim não me deixou. Casamos. Eu sei que ele gostava muito de ter filhos, gosta muito das crianças! Que é que ele sabia que eu não os tinha, só que de vez em quando anda desorientado (...)” N4</i>	N4	1
Arbitrariedade de motivos		<i>“O problema era ele, o vinho, não sei o que se lhe metia na cabeça. Ciúme não era, eu por fim não posso dizer que era ciúme porque uma pessoa por ciúme não pode massacrar uma pessoa assim, todos os dias, se não fosse por uma coisa era por outra. Até por uma vassoura que não estivesse no local, tinha que arranjar um problema, por uma coisa qualquer. Não era por falta de dinheiro, nem era por falta de nada porque isso não era o nosso problema, nós não. Ele se não tivesse um problema, tinha que inventar um problema para me bater.” N3</i>	N1;N3;N4; N5;N7;N8; N9;N10	8
Infidelidade masculina		<i>“Ele já devia andar com mulheres, mas piorou depois de conhecer aquela mulher. N1</i>	N1; N9	2
Impunidade para as agressões	Pelas autoridades	<i>“Fui à GNR e fiz queixa dele, mas claro no Ministério Público, como não há testemunhas ficou assim... também são culpados no assunto, foi em família ficou a zero. (...) ainda hoje estão impunes, o meu homem, o meu filho. Uma mulher em casa se não tiver defesas nenhuma, os homens ficam impunes de tudo o que quiserem fazer. Só não ficam impunes quando as coisas ficam graves.” N2</i>	N1;N2;N10	3

	Por protecção do cônjuge pela mãe	<i>“(…) a minha sogra disse:(…) haviam de acabar as fábricas todas que as mulheres ficavam em casa e tinham que andar com mais respeito aos homens, como quem, tinham que andar mandadas pelos homens e essa caiu-me muito mal mas eu tinha que me calar sempre porque ele ganhou aquela razão da mãe. Depois tinha a minha sogra a contrariar e a dizer: deixa o homem, deixa-o andar.”N9</i>	N1;N3; N9	3
	Por companheira não denunciar	<i>(…) e a irmã dele avisou-o que se um dia eu o entregasse, ele ia parar à cadeia, que não podia fazer isso. Ele fazia das dele e sabia o que fazia. Eu não dizia(…) não conseguia entregar (...) ” N1</i>	N1; N8;N10	3
Intenção de separação conjugal pela companheira		<i>Ai, quando me queimou a cara... (...) quando eu disse que ia um para cada lado, que queria o divórcio. Ele ligou o ferro e quando estava quente, disse: “ai queres?”(…).” N1</i>	N1;N2;N7	3

⇒ **Área temática – Ciclo intergeracional de violência nos núcleos familiares do agressor e da vítima**

Relativamente a esta área temática, apercebemo-nos que nas famílias de origem, tanto do agressor como da vítima, existiram maus-tratos, embora com maior frequência nas famílias de origem do agressor (quadro nº 19).

De salientar os maus-tratos conjugais entre os pais de sete agressores, que em três casos maltratavam também os filhos. Segundo os relatos das mulheres participantes, estes agressores, maltratados na infância, sofreram agressões físicas e, um deles, negligência.

É ainda de referir 3 casos de maus-tratos conjugais de irmãos destes agressores às suas companheiras.

Outro dado que emergiu foi que duas das mulheres participantes eram as terceiras companheiras do seu agressor que já tinham agredido fisicamente as companheiras anteriores e um deles agredia também, fisicamente, os filhos de uma relação anterior.

Nas famílias de origem das mulheres, existiram maus-tratos entre os pais de duas mulheres, tendo uma delas sofrido na infância maus-tratos físicos e por negligência, outra sofreu maus-tratos físicos, e a outra, maus-tratos por negligência.

Relativamente à família actual do agressor e da vítima, houve em seis casos também maus-tratos aos filhos e em dois casos aos sogros do agressor. É de salientar que uma mulher sofreu, além dos maus-tratos infligidos pelo cônjuge, maus-tratos pelos filhos adultos.

Quadro nº 19 – Violência nos núcleos familiares do agressor e da vítima: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Episódios de maus-tratos na Família origem do agressor	Entre os pais	<i>“O pai é que quando era mais novo dava má vida à minha sogra porque bebia e batia-lhe. (...) eu contei mesmo à minha sogra e ela disse-me: aquele meu filho sai mesmo ao pai.(...) é no feitio e até na bebida foi buscar a herança, deixou má herança ao meu filho.”</i> N7	N1;N2;N3;N4; N6;N7;N8	6
	Dos pais aos filhos	<i>“A mãe dele teve 17 filhos e não é boa para filho nenhum e filho nenhum lhe liga sabe, (...) ela é uma senhora que nunca quis saber dos filhos, tanto se lhe dava que tivessem de comer como não e daí a revolta dele. (...) era o pai que lhe batia, mas eu também acho que não tem nada a ver com o caso. Prontos sofreu, eu também sofri, eu também passei e não faço isso aos meus filhos, não faço a ninguém.”</i> N10	N4;N6;N10	3
	Dos filhos aos pais	<i>“(...) com os copos, implicava-se com a mãe e por fim implicou-se comigo (...).(...) ele também batia nela. A mãe...pronto gostava muito da pinga e ele num gostava de a ver assim e assapava-lhe.”</i> N4	N1;N4	2
	Dos irmãos às suas companheiras	<i>“Os irmãos dele são todos assim para as mulheres. A irmã dele até se gaba. Uma das minhas cunhadas até [hospital psiquiátrico] foi parar. O meu não, mas os outros até à frente da mãe batiam e violavam as mulheres, até por trás, na casa da mãe. Ela nunca botava a mão a nenhuma e ainda dizia que eram poucas as que levavam.”</i> N1	N1;N3;N10	3

Episódios de maus-tratos na família de origem da vítima	Entre os pais	<p>“O meu pai tinha as suas coisas, também teve as zangas com a minha mãe, mas nunca nos faltou, ele fugido ia mas voltava para casa, não faltava com a comida à minha mãe, nem com o dinheiro. O meu pai de castigo fechou a porta à minha mãe. Nós, naquele tempo tínhamos uma casa de banho fora de casa e a minha mãe arranjou a ficarmos ali as três [mãe e duas filhas] a passar a noite. No dia seguinte o meu pai disse: com que então, disse-te para ir e tu foste, e a minha mãe disse: disseste para ir eu e eu fui e pronto ficava por ali. Uma vez, quando era eu pequena, dizem que o meu pai lhe bateu, deu-lhe uma bofetada, mas nem comparações com o meu homem. Que lhe desse uma bofetada, um empurrão, uma vez meti-me ao meio e disse-lhe: pai, não faça isso à mãe e ele pronto. Não, não era de bater não, não.” N1</p> <p>“O meu pai estourava o dinheiro todo em vinho, quanto ganhava quanto estourava. Ele nunca lhe bateu mas insultava-a do piorio. A ela e a nós.” N2</p>	N1;N2	2
	Dos pais aos filhos	<p>“A minha mãe andava ao jornal mas em vez de manter os filhos, enterrava o dinheiro no chão em latas, para poupar. A cabeça dela não dava para mais mas nós éramos sete filhos e não tínhamos culpa.(...) a mim e aos meus irmãos, o meu pai, batia e não era pouco, nem era com a mão, era com um ferro que nós ficávamos com o corpo todo às listas.” N2</p>	N2; N4; N8	3
Episódios de maus-tratos na família nuclear anterior do agressor	Do actual agressor às (ex)companheiras	<p>“Mais tarde descobri que ele já batia na primeira esposa dele. Descobri um diário onde ela dizia que estava grávida dos meninos gémeos, têm agora trinta e tal anos, que ele lhe tinha posto os pés em cima da barriga. Mais tarde, antes de estar comigo, esteve com outra senhora e também lhe batia.” N10</p>	N8; N10	2
	Do actual agressor aos filhos	<p>“(…) aos do outro casamento [1º casamento do companheiro], que são gémeos, e mesmo eles, os gémeos já me disseram a mim que ele os tratava muito mal e que lhes batia muito.” N10</p>	N10	1
Episódios de maus-tratos na família actual	Do agressor aos filhos	<p>“As minhas filhas começaram a crescer, a mais velha levou muitas vezes (silêncio) para me (silêncio) para me socorrer. A minha filha agarrou-se a mim a chorar e disse: mãe, vamos</p>	N1;N2;N3; N8;N9;N10	6

		<p>tentar mais uma vez.” Assim foi, mas ao fim de oito dias a minha mais velha levou uma coça! Já não se estava a vingar em mim, estava a vingar-se nas filhas. A mais nova nunca tinha levado uma bofetada do pai e já estava a levar. (...). Nessa altura já batia nas filhas e à boca cheia dizia: por causa de vós a vossa mãe um dia vai-se separar de mim. Isso afectou muito a mais nova porque pronto era a que tentava dar-nos força a nós e dizia: Vocês também têm que compreender, é o feitio dele, ele é assim nós também podíamos ser assim, mas quando ele lhe começou a tocar as coisas já não foram iguais. (silêncio) a mais velha ficou mais dura, mais dorida, perdoamos-lhe mais uma vez e naquele espaço pronto continuou e aí ele agiu completamente falso com as filhas e as filhas também já são adultas. Quando em 2003 lhe perdoamos, no posto da GNR com a mais nova, e chega a casa pede perdão à mais velha e que se vai tratar e marcamos consulta para se tratar e ao fim era circo, era tudo partido e pancadaria. A minha filha uma vez disse-lhe: Pai, tu dizes uma coisa e num a cumpres.” N3</p>		
	Do agressor aos sogros	<p>““Quando a minha mãe tentava ajudar-me também ... levava (...) ele batia na minha mãe e ameaçava o meu pai.” N8</p>	N1;N8	2
	Dos filhos adultos à vítima	<p>“(…) aí há nove anos atrás, o meu filho que já era mau como o pai. (...) pegou-se comigo e disse que se tivesse uma arma que me matava. Era o estilo do pai, eles podiam-me insultar e eu tinha que me rebaixar. (...). A minha filha, a mais nova, há uns meses, foi por isso que fui hoje à GNR, veio-me tentar atropelar-me contra a mão. O meu homem é muito vagabundo, muito traiçoeiro, o meu filho é igual e as minhas filhas vão pelo mesmo caminho, que elas são filhas dele.” N2</p>	N2	1

⇒ **Área temática – Factores dificultadores da ruptura da relação conjugal**

O quadro nº 20 ilustrativo desta área temática revela que as dificuldades de ruptura conjugal referidas pelas mulheres, se centraram em factores pessoais e em factores sócio-culturais.

Relativamente aos factores pessoais, destacam-se a necessidade de proteger os filhos (7 mulheres) evitando-lhes o sofrimento de uma separação dos pais ou assegurando-lhes um futuro melhor; a existência de vínculo afectivo no casal e a percepção da auto-ineficácia para encontrar uma solução (referidos por 6 mulheres, respectivamente).

É ainda de referir a dependência económica, apontada por cinco mulheres, que, apesar de algumas delas terem actividade laboral, temiam assegurar sozinhas as necessidades de uma nova família. Este aspecto surge no discurso de uma mulher (N4) que o expressou como uma das razões para ter reatado a relação conjugal após um período de separação, enquanto no discurso de outra (N2) surgiu a dificuldade decorrente do deficiente apoio económico a mães divorciadas. Ambas as mulheres são domésticas, a primeira sem filhos, a segunda com três.

Os sentimentos de medo (4 mulheres) – medo de piorar a relação, caso a revelassem (N9; N10), medo de ficar sem os filhos (N1; N9) e temor pela própria vida (N3); e de vergonha da situação (5 mulheres) foram também salientados como dificultadores da ruptura da relação violenta.

Outros factores dificultadores, são os que têm subjacentes factores sócio-culturais, como, a percepção da tolerância familiar com o agressor (4 mulheres) e a pressão de familiares ou de pessoas do círculo de relações próximas para a manutenção do casamento, factores estes que poderão estar relacionados e têm a particularidade de terem sido apresentados pelas mesmas mulheres, à excepção de uma (N2). No discurso de uma mulher (N3), a tolerância com o agressor foi inclusive o motivo dificultador da manutenção de uma situação de ruptura da relação violenta, pela mulher.

Do discurso de N4 emergiu como factor dificultador, a perspectiva tradicional do casamento, único para toda a vida e, a necessidade da mulher ter um marido que zele pelos seus direitos.

Quadro nº 20 – Factores dificultadores da ruptura conjugal pelas mulheres: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise (exemplo)	Informantes	Total
Factores pessoais	Vergonha	<i>“Não podia fazer queixa às minhas tias porque elas não queriam o casamento e (...) tinha vergonha das minhas tias, mesmo quando me diziam que eu estava triste ou estava em baixo eu mentia (...). (...) calava-me porque tinha vergonha. (...) na farmácia fui ter com ele[familiar] e queria uma pomada e ele perguntou-me para quê e eu disse que tinha pisadelas porque tinha caído (...) depois já tinha vergonha porque sempre desculpas e mentiras, as pessoas notavam. Não queria pedir ajuda às minhas tias, tinha vergonha.” N7</i>	N1;N3;N4; N7;N9	5
	Medo	<i>Eu tinha medo da reacção dele, porque estava à espera que ele mudasse, eu achava que se contasse que ia estragar tudo. Só que depois eu via que não havia caminho e pronto. (...). (...) ele apareceu na casa da minha mãe assim: anda para casa ou então não ficas com os miúdos, e eu caraças, eu não podia ficar sem os miúdos, nem queria e voltei. (...) tinha medo que me tirassem os meus filhos, que essa era a parte pior.” N9</i>	N1;N3;N9; N10	4
	Auto-ineficácia	<i>“Eu nem sabia o que pensar, nem sabia o porquê, eu pensava que não podia ser um saco de encher dos outros (...). Eu na altura sabia que tinha que fazer alguma coisa mas eu não sabia o quê, sentia-me num mundo sem saída” N9</i>	N1;N3;N4; N5;N9;N10	6
	Existência de laços afectivos	<i>“ (...) gosto dele que eu gosto dele (...). (...) logo aí saí, peguei na menina e fui embora um mês e tal, estive na casa de uma cunhada minha. Só que eu gostava dele e acabei por voltar para ele.” N10</i>	N1;N3;N4; N8;N9;N10	6
	Necessidade de proteger os filhos	<i>“(…) por tudo e ao mesmo tempo pelas minhas filhas, pela família(…)” N1</i>	N1;N2;N3; N6;N7;N8; N10	7

	Dependência económica	<p><i>“Também me apercebia que só se divorciavam as pessoas que tinham quem lhes desse a mão, e eu não tinha quem me desse um tostão. (...) fui obrigada a aguentá-lo porque se digo que me quero separar os meus filhos iam ser uns desgraçados, nem tiravam curso, nem iam ter estudos, porque nem que eu fosse trabalhar nunca ia ganhar o suficiente para criar os três. (...) quando os meus filhos eram pequenos davam 12 contos por cada filho. Doze contos? Criar três filhos, pagar água, luz, aluguer (...). Então eu vi-me entre a espada e a parede. (...) se eu pedir o divórcio como é que vai ser?”</i> N2</p>	N1;N2;N3; N4; N9	5
Factores sócio-culturais	Tolerância com o agressor	<p><i>“ (...) porque eu sozinha não me consigo libertar de ti, mas há-de chegar o dia, tenho fé que há-de chegar esse dia.(...) fugi para [outro concelho, longe de casa] (...)ele chorava que queria a mulher(...)Então a minha mãe disse-lhe onde eu estava, foi buscar-me com a minha cunhada(...) o meu avô disse: não quero problemas aqui (...) eu vi que não tinha apoio, tenho que ir mesmo. Baixei a cabeça, peguei na minha filha e vim (...) Desde esse ano que os meus pais também vinham dizer que lhe perdoe e então nunca mais comuniquei aos meus pais o que ele fazia ou deixava de fazer.”</i> N3</p>	N1;N2;N3; N7	4

Falta de apoio institucional	“ (...) eu não tinha apoio nenhum, nunca ninguém me dava apoio(...), nem eu os podia deixar[aos filhos], nem a lei procedia para que pudessem ter direitos necessários. Depois comecei a ver por outros casais que tinham crianças na escola, pessoas que também não se davam bem com os homens e divorciadas e filhos que não tinham pais e a perceber que as pessoas passavam mal porque o governo dava uma porcaria para criar os filhos. (...). Eles [GNR] sabiam que havia conflitos dentro de casa, mas não me deram ouvidos (...) nem nunca me disseram onde é que eu podia ser apoiada. Eu nunca fui apoiada por ninguém, andava naquela luta porque eu não tinha dinheiro, ninguém me deu opinião, ninguém me escrevia os papéis e não podia meter a tribunal, tinha os papéis mas nem os sabia preencher nem tinha quem os preenchesse, não tinha dinheiro para pagar, não tinha advogado, não tinha nada. Nem me diziam, porque a obrigação deles era mandar-me vir ao GAF, porque está lá escrito na GNR os apoios à vítima, mas eles não esclarecem ninguém.” N2	N2;N3	2
Pressão para a manutenção do casamento	“A minha mãe estava sempre a dizer: tem calma que as filhas já estão grandes, vão casar e depois ficais os dois sozinhos e pode ser que ele emende. (choro) Cheguei a uma altura e fui pedir aos meus pais ajuda (silêncio) não adiantou nada (silêncio) o meu pai não quis saber, a minha mãe que (silêncio) tinha que aguentar.” N3	N1;N3;N7	3
Marido como protector de direitos da mulher	“ Está o meu homem e um homem é um respeito senão estava perdida, quando desse por ela estava sem nadinha. Quando faltar o meu pai vai ser uma desgraça, porque os meus irmãos vão querer roubar-me tudo, mas assim tenho o [marido].” N4	N4	1
Estigmatização do divórcio	“O casamento é para estar casada e ficar ali casada. (...) outro não quero. Acho mal ter outro homem (...), isto tudo vai do destino.” N4	N4	1
Não interferir na relação do casal	“(...) eu estava sozinha em casa com ele e com a mãe e as crianças. (...) sempre que havia barulho, eles ao passar ouviam, só que as pessoas não gostam de se meter. Podem não achar bem, mas não se metem.” N9	N2;N9	2

⇒ **Área temática – Estratégias adaptativas das mulheres à situação de maus-tratos conjugais**

Nesta área temática e através das categorias e subcategorias que emergiram, (quadro nº 21), pudemos dizer que as mulheres desenvolveram múltiplas estratégias adaptativas à situação de maus-tratos – estratégias que variaram entre as emocionais, as cognitivas e as comportamentais.

As estratégias emocionais mais salientes foram: a repressão das emoções; a resignação e o perdão ao cônjuge (referidas por 5 mulheres, respectivamente).

Quatro mulheres recorriam a terceiros para “desabafar”; três aliviavam as emoções chorando e o mesmo número recorria à fé religiosa, onde salientamos a estratégia de uma mulher (N1) que fazia promessas para deixar de gostar do marido e para que ele saísse de casa.

Uma das mulheres (N9) para se refugiar do sofrimento optava por dormir e outra (N3) procurava valorizar sobretudo as temporadas de ausência do cônjuge do domicílio, por motivos laborais. Esta estratégia foi mantida durante quinze anos, já que depois o cônjuge passou a trabalhar na zona de residência.

Nas estratégias cognitivas destaca-se o diálogo com o cônjuge demonstrado por seis mulheres. A antecipação do risco de maus-tratos foi outra das estratégias, permitida pelo conhecimento da forma de agir do cônjuge, apontada por cinco mulheres, que deste modo desenvolviam atitudes de evitamento. Uma última estratégia, referida por três mulheres, foi a tentativa de perceber ou encontrar explicações para o comportamento do cônjuge.

Nas estratégias que designamos por comportamentais destaca-se a submissão, no discurso de oito mulheres, como uma estratégia sobretudo de auto-defesa, ou seja, uma forma de evitar os conflitos que provocariam ou agravariam a agressão. De seguida, apontam o agradar ao cônjuge (7 mulheres). Estas atitudes, são atitudes tradicionalmente desenvolvidas no género feminino.

Ainda no âmbito desta categoria emergiu o pedido de ajuda (6 mulheres) para a resolução da situação. Entre estes pedidos, o que mais sobressai (5 mulheres) é o pedido de ajuda relativo ao tratamento do cônjuge, como que traduzindo a esperança de após “o tratamento” a situação de maus-tratos ficar resolvida.

Um outro tipo de pedido, que nos parece importante salientar, foi o de uma mulher (N2) que em consequência dos maus-tratos por não participação económica, de que foi alvo e, sendo doméstica, lhe gerou graves dificuldades de sobrevivência, pedia dinheiro emprestado em cheque a uma pessoa amiga, para que judicialmente esse dinheiro fosse posteriormente pago pelo marido.

A fuga, foi outra das estratégias comportamentais, mais utilizada (seis mulheres) e esta resultou definitiva em três casos (N5;N8;N9) mas já tinha sido frustrada em cinco destas mulheres (N1;N3;N5;N9;N10), por pressão do marido para o regresso utilizando ameaças ou fazendo promessas.

Outra estratégia, ainda de âmbito comportamental, foi a retaliação ao comportamento do cônjuge, verbalmente (5) e através de atitudes (3). Nas relações de N2 e de N6 as agressões verbais passaram a ser mútuas e as agressões físicas terminaram após terem ameaçado a integridade física do cônjuge, apesar de se manterem os maus-tratos por deficiente participação económica. Estas duas mulheres, são domésticas e as mais velhas do grupo, uma é de meio urbano e a outra de meio rural. No caso de N7 as retaliações por comportamento foram em situação de auto-defesa. Quanto à retaliação verbal nas restantes mulheres, foi feita com ameaça em desocultar a situação de maus-tratos (N3;N7) e no caso e N4 em abandonar a relação.

Quatro mulheres, respectivamente, utilizaram as seguintes estratégias: mudança de residência – N1 emigrou com o cônjuge, a seu pedido; N3 mudou para a freguesia dos pais; N5 optou por viver em família nuclear e N9 tentou o mesmo mas o cônjuge recusou; a dedicação aos filhos; a actividade laboral como forma de estar “entretida” e afastada de casa. Uma mulher (N3) no sentido de concretizar estes mesmos objectivos, decidiu ter actividade laboral remunerada.

Outras estratégias foram apontadas, ainda que com menor frequência, e passamos a citar:

- Evitar a segunda gravidez, pela situação que tinham com o cônjuge, foi referida por três mulheres, o que no caso de duas (N3;N8) não se concretizou devido a interacção medicamentosa com o anticoncepcional oral. Importa salientar que N3, acedeu ter o 1º filho como forma de agradar ao cônjuge satisfazendo-lhe esse desejo e acreditando, por influência da mãe, que um filho poderia melhorar a situação;

- Estratégias referidas por duas mulheres respectivamente foram: a denúncia dos maus-tratos; actividades de lazer; a recusa de actividade sexual com o cônjuge e o pedido de divórcio, que nos casos de N5 e de N9 foi precedido de fuga;

- Uma das mulheres utilizou como estratégia para evitar os maus-tratos assumir sozinha a resolução dos problemas do quotidiano;

- Uma mulher pedia ao cônjuge para ele deixar a casa ou a deixar sair a ela.

Quadro nº 21 – Estratégias adaptativas utilizadas pelas mulheres: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Estratégias emocionais	Reprimir emoções	“ (...) muitas das vezes calava-me (...). (...) eu engolia tudo. Toda a gente sabia, pelo menos na minha freguesia sabiam o que eu sofria, o que eu passava, o que eu chorava, mas eu fazia por não demonstrar tanto como era. Os meus pais sabiam, mas por fim já não sabiam tudo porque eu já não lhes contava.” N3	N3;N4;N5; N7;N9	5
	Resignar	“(…) eu era ali como uma pessoa morta. (...) eu ia-me conformando com as coisas, oh deixa vir o dia de amanhã, deixa vir o outro, andava um dia atrás do outro.” N9	N2; N3; N5; N7; N9	5
	Perdoar	“(…) ele é uma jóia de um homem (...) é a cabeça dele, não entendo(...) pede desculpa (...) chora(...). Amanhã pode ser melhor, amanhã pode ser melhor e é assim. (...) saiu por uns dias e ele depois anda aí a procurar por mim e diz-me: volta para casa que eu não te faço mal, sou teu amigo, sempre que é meu amigo, só que há 11 anos que é meu amigo e é sempre a mesma coisa, continua sempre o mesmo.” N10	N1;N3;N5; N9;N10	5
	Chorar	“(…) eu chorava devagarinho ou então fazia por nem chorar para não interferir nos estudos e ela não pensar que o pai...era assim tão ruim.” N7	N3; N7; N10	3
	Apelar a crenças religiosas	“ Eu ia ali [local de promessas] rezava para não o querer, para o odiar, pedia para ele fugir. Pedia a Deus que me desse força.” N1	N1; N5; N6	3
	Expressar emoções com terceiros	“ (...) e telefonei à [patroa] a contar o que se estava a passar e ela disse-me para ir ter com ela para conversar.” N7	N3;N4;N7; N10	4

	Dormir	<i>“(...) eu dormia porque achava que se dormisse era uma maneira de esquecer um bocado, só que quando acordava os problemas estavam ali e não tinham saído dali.” N9</i>	N9	1
	Valorizar os momentos positivos	<i>“Quando ele voltava para o mar, eu já ficava mais sossegada aquele tempo todo. Assim foi a minha vida durante mais ou menos quinze anos. (...) Foram 20 anos de inferno, mas passei algumas alegrias, alegrias como quem diz, não era só maus-tratos. Juntávamos com a família, ele fazia rir, ele elogiava-me, não faltava com nada em casa, preocupava-se quando ia para fora se eu tinha dinheiro ou não.” N3</i>	N3	1
Estratégias cognitivas	Antecipar o comportamento do cônjuge	<i>“(...) se vem bêbado é uma alegria para mim. Assim que o vejo a subir com a mota, já sei se vem ou não. (...) eu já sei pelo andar dele como vai ser...(...) quando chega a casa com a pinga e começa a discutir (...) eu desando meia volta e saio. Eu saio por ali fora, ele vai atrás de mim ...” N4</i>	N3;N4; N7; N8; N10	5
	Perceber o comportamento do cônjuge	<i>“Por vezes acho que consigo ver a cabeça dele, também para conseguir imaginar a vida que ele faz e penso sozinha, porque ele também levou uma vida muito difícil. Quando falo com ele, tento compreendê-lo, porque ele ficou muito marcado (...). Foi a infância que ele levou sei lá, mas ao mesmo tempo também penso que eu levei uma infância triste com fome mas sabe que eu tive uma coisa que ele não teve. Nós tínhamos fome mas tínhamos o colo do pai, o colo da mãe e ele nunca teve. É isso que a mim às vezes me faz amolecer e quebrar um bocado.” N10</i>	N1; N3; N8; N10	3
	Dialogar com o cônjuge	<i>“(...) pergunto porque me bate (...) nunca fui má para ti, deixa de fazer essas coisas, deixa de bater (...) tens de esquecer a vida que levas-te (...) pensa na vida que tens hoje (...)” N10</i>	N1;N3; N7; N8;N9; N10	6

Estratégias comportamentais	Agradar ao cônjuge	<p>“Só que ele pronto começou a atazanar-me outra vez [pedir para ter um filho], outra vez (silêncio) e eu pronto e a minha mãe começou a dizer-me: tenta dar-lhe um filho que pode ser que ele acalme, ganhe mais juízo e tudo. Fiquei grávida da minha filha mais velha mas não adiantou nada (silêncio) nadinha, nada! (com mais tristeza na voz). (...). (...) fazia-lhe as vontades todas, eu punha-lhe o prato que ele gostava, eu pronto (silêncio) (...). (...) eu sempre tive tudo limpo e arrumado (...) Ele tinha do bom e do melhor, o que ele gostava era o que eu lhe fazia (silêncio) às vezes fazia mais do que ele merecia. Ele sofria da coluna e eu calçava-lhe os sapatos, punha-me a pé de manhã para lhe calçar os sapatos, para lhe ajudar a apertar os cordões dos sapatos. (...) cheguei a ir de viagem com ele, por três vezes mas nunca mais fui porque só levei pancada. (...) eu fiz tudo, tudo por ele. (...) não há-de haver outra mulher que lhe aceite, não lhe aceita e não só, que lhe faça o que eu lhe fiz, mesmo sempre maltratada. Fazia tudo e mais alguma coisa mas aquela pessoa não merecia, não sei (silêncio).” N3</p>	N1; N2; N3; N7; N8; N9; N10	7
	Ser submissa	<p>“Agora dou-lhe o campo todo. Se ele diz: tem que se fazer isto, eu digo logo: vamos lá. Se diz: olha que não é assim, eu: tem razão. É, assim não bate.” N10</p>	N1; N2; N3; N4; N5; N6; N7; N9; N10	8
	Pedir ajuda	<p>“Não adiantava nada. Tantas vezes lhe marquei consulta, Dr. (neurologista). (...). Tenho uma amiga que foi quem me ajudou, também economicamente, no princípio quando aconteceu isto, uma amiga que me ajuda e me dava dinheiro e como eu tinha medo que ele soubesse que eu tinha as minhas ideias de fugir, essa sim sabia ouvir-me e guardava. Era a única pessoa que dizia que me ajudava fosse no que fosse (...)” N3</p>	N2; N3; N5; N7; N8; N10	6
	Centrar em si a resolução de problemas	<p>“Muita coisa até que às vezes aconteciam, eu não lhe contava, eu tentava resolver sozinha para não lhe chegar, não lhe pôr mais um macaco na cabeça, porque se lhe ponho este macaco na cabeça ele vai arranjar mais um pé para continuar, não. Eu evitava tudo e mais alguma coisa.” N3</p>	N3	1

Dedicar-se aos filhos	<i>“Eu para não me ir abaixo, pensava muito nos meus filhos e comecei a dedicar-me só a eles e pronto.” N9</i>	N2;N3;N9; N10	4
Evitar gravidez	<i>“Eu não quis ter mais nenhum. Tomava a pílula (...) tinha mesmo medo de engravidar (...) queria ter três filhos (...) depois mudei completamente de ideia, por ter o marido que tinha.” N7</i>	N3; N7; N8	3
Fugir de casa	<i>“Eu já estava a ficar desesperada e acabei por vir para casa da minha mãe, estive um mês mas depois ele tanto andou, tanto andou, que eu acabei por voltar. (...) chamei um táxi e peguei nos miúdos sem trazer nada, nada, só a roupa que trazíamos vestidos. A minha sogra quando percebeu já não lhe deu tempo de chamar o meu marido. Já tinha combinado com a minha mãe que ia para lá (...)”N9</i>	N1; N3; N5; N8; N9; N10	6
Mudar de residência	<i>“Foi ano e meio ou 2 anos [depois de casar]. (...) os meus pais tinham uma casinha de quando se casaram, pequenina que estava alugada (...) e retiraram-me para a beira deles a ver se (silêncio) pronto se ele largava os cafés, mas a coisa foi pior.” N3</i>	N1; N3; N5; N9	4
Denunciar os maus-tratos	<i>“(...) agora está melhor. Desde que eu estive aqui na casa-abrigo quatro meses, melhorou. (...) desta brincadeira, para ver se ele acalmava, eu meti tudo em tribunal. A Dr.ª (advogada) disse que ele estava debaixo de prisão até 6 anos. Tirei, mas se de hoje para manhã... vai outra vez para tribunal e ele vai para a pildra.” N4</i>	N4; N10	2
Retaliar através de comportamentos	<i>“(...) torna-me a dar aos puxos e aos murros e eu farta da brincadeira peguei numa tigela e zinguei-lhe com ela, mas não lhe dei que ele defendeu-se, só que eu levei. A partir daí zinguei-me e disse-lhe: a partir de hoje quando me tornares a pôr a mão, tu vais levá-las todas. (...) como ele não me dá dinheiro, não faço nada. Faço a comida para mim e lavo o meu prato. Eu não sou criada dele (...). Começou a não me dar dinheiro e eu deixei de fazer comer para ele. Ele começou a ir comer fora.” N2</i>	N2; N6; N7	3
Retaliar verbalmente	<i>“(...) eu vou para a rua, vou gritar e contar tudo à polícia. A (patroa) tinha-me dado um cartãozinho com o nº da polícia e disse-me para o pôr em cima do telefone.” N7</i>	N2; N3; N4; N6; N7	5

Manter actividade laboral	<i>“Eu prefiro ir trabalhar do que ficar em casa, eu tenho um problema e tenho que o resolver logo, trabalhar ajuda-me a passar o tempo, o trabalho ajudou-me a ultrapassar a situação, só pensava quando chegava a casa.” N9</i>	N1; N7; N9; N10	4
Iniciar actividade laboral	<i>“Eu larguei essa vida e comecei a trabalhar fora, as minhas filhas começaram a ir para escola, as coisas continuaram na mesma.” N3</i>	N3	1
Lazer com amigas	<i>“A partir daí nunca mais fui atrás dele e pronto comecei a não ligar. Às vezes ia com as minhas amigas ao café ou dar a minha voltinha (...)” N7</i>	N3; N7	2
Recusar actividade sexual	<i>Eu já não tenho relações sexuais com ele há mais de 10 anos. Mas até ali forçava (...). Eu comecei a sentir que não tinha obrigação de estar debaixo dele e disse-lhe que não tinha nada que ter nada com ele e que se acabou (...)” N2</i>	N2; N8	2
Pedir divórcio	<i>“Eu não punha o divórcio andar, mas agora pus, se o caso fosse entre ele e eu, agora o que eu não estive de acordo foi por ele apoiar os meus filhos a maltratarem-me.” N2</i>	N2; N5; N9	3
Pedir ao cônjuge para se ir embora	<i>“Cheguei a dizer-lhe se não gostava de mim que me deixasse, mas não (...). Disse-lhe tantas vezes: deixa-me, queres que eu saia eu deixo-te a casa, vou sozinha para um canto, levo as filhas comigo, tu não gostas de nós, nem consegues ser feliz. (...) pedia desculpa, dizia que gostava de nós.” N3</i>	N3	1

⇒ **Área temática – Recursos comunitários utilizados pelas mulheres em situação de maus-tratos conjugais**

Como se pode observar no quadro nº 22, os recursos comunitários utilizados por estas mulheres foram diversos. Destaca-se o recurso da totalidade das mulheres ao Gabinete de Apoio à Família (GAF), é importante no entanto referir, que foi a partir dessa instituição que constituímos a população participante no estudo, se bem que é também um recurso especializado ao nível do Distrito de Viana do Castelo.

As forças de segurança (GNR/PSP) constituíram o recurso utilizado por cinco mulheres para a denúncia dos maus-tratos e para uma foi a linha de emergência social –

Ao hospital, concretamente ao serviço de urgência, recorreram cinco mulheres por lesões físicas (4) e após tentativa de suicídio (1). Por encaminhamento deste serviço, três mulheres recorreram ao Instituto de Medicina Legal.

Outros recursos formais utilizados foram: a Segurança Social para apoio sócio-económico, o tribunal (3 mulheres respectivamente); o Ministério Público e a Câmara Municipal para obtenção de uma casa social após o divórcio (1 mulher respectivamente).

Relativamente aos recursos informais, salientam-se: os pais (3 mulheres); as filhas, pelo encorajamento à denúncia de N1 e no caso de N3 por ter procedido à denúncia à GNR aquando da chamada do 112 por agressão física grave do pai à mãe. Outros familiares, vizinhos e amigo, foram referidos por duas mulheres, respectivamente, e o padre e a irmã por uma mulher respectivamente.

Quadro nº 22 – Recursos comunitários utilizados pelas mulheres em situação de maus-tratos conjugais: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Recursos institucionais	Hospital	<i>“Só desta última vez é que uma Dr.^a espanhola me disse: não, desta vez não vais para lá [para a própria casa]. Foi então que vim para casa abrigo quatro meses (...). Foi a tal Dr.^a do hospital e depois o GAF, até aí nada.” N4</i>	N1;N2;N3; N4;N10	5
	Tribunal	<i>“ (...) depois [da queixa no serviço de urgência] foi para tribunal, só que eu cheguei lá e não falei.” N1</i>	N1;N3;N10	3
	Ministério Público	<i>“Depois comecei a andar pelo Ministério Público (...)” N9</i>	N9	1
	Instituto de Medicina Legal	<i>“ (...) fui ao Instituto de Medicina Legal ali no hospital,(...)” N10</i>	N1;N3;N10	3
	GNR /PSP	<i>“Quando saí do hospital, com as mãos ligadas, fui à GNR dizer o que se tinha passado. (...) Ele [pessoa amiga] então disse-me para ir dar queixa à Polícia [PSP] e eu fui (...)” N2</i>	N1;N2;N3; N5;N9	5
	Segurança social	<i>“Um dia fui à Segurança Social pedir ajuda. Disse que me queria divorciar e que não tinha dinheiro para um advogado.” N7</i>	N6;N7;N8	3

	Linha telefónica de emergência nacional	<i>“(...) daquela vez não telefonei para a polícia telefonei para o 114 (...) e foi a 1ª vez que apareceu a polícia minha à porta.” N5</i>	N5	1
	Câmara Municipal	<i>“Pedi ajuda e atribuíram-me esta casa. Fui à Câmara e com ajuda dos meus patrões, conseguiram-me esta casa.” N7</i>	N7	1
	Gabinete de apoio à família (GAF)	<i>“(...) fui para casa abrigo. Estive lá 2,5 meses ou 2 meses (...). Posso agradecer à instituição [GAF] que foi quem me ajudou (...).” N3</i>	N1;N2;N3; N4;N5;N6; N7;N8;N9; N10	10
Recursos informais	Irmã	<i>“A minha irmã foi que me valeu.” N1</i>	N1	1
	Mãe/ Pai	<i>“(...) o meu pai sempre soube que um dia ia-me pirar, já estava combinado entre mim, o meu pai e a Segurança Social da minha terra.” N8</i>	N5;N8;N9	3
	Filha	<i>“Agora por último foi quando me deu e destruiu tudo em baixo, veio a GNR acudir-me, vieram os meus pais (...) foi a minha própria filha que chamou a GNR e disse quando eu entrei para a ambulância que foi o pai. Foi a minha filha mais velha, ela tem agora 19 e foi em 2003 que aconteceu isso.” N3</i>	N1;N3	2
	Outros familiares	<i>“A minha madrinha vive aqui e o marido dela é policia e vivem mais ou menos e ela começou, ao fazer as compras para o mês, a trazer também para mim (...).” N7</i>	N7;N10	2
	Vizinhos	<i>“A GNR veio lá a casa que foi um vizinho que é policia e chamou e até lhes disse que me ligassem as mãos que estava a perder sangue. Eles ligaram-me os pulsos e fui para o hospital. (...) foi [a 1ª vez que lá recorreu]. (...) se não fosse a minha vizinha a ver o carro da GNR levar-me, ou podia ter morrido lá que a minha família não se ia incomodar. Essa vizinha é que foi falar ao genro o que viu e ele é que me foi lá tirar, senão hoje já podia estar debaixo do chão que ninguém sabia de nada.” N2</i>	N1;N2	2
	Padre	<i>“Com quem desabafava era com o meu patrão que era padre e era director do lar. (...). O Sr. Padre falou-me do GAF e disse-me: quando precisares de mim, quando tiveres decidido eu vou-te tratar disso.” N3</i>	N3	1

	Amigo	<i>“Foi o [pessoa amiga] ele é genro de uma vizinha, é psicólogo e a sogra sabe o meu passado todo que sempre lá morou (...)”</i> N2	N2;N3	2
--	--------------	--	--------------	----------

⇒ **Área temática – Experiência das mulheres maltratadas com os recursos comunitários utilizados**

Na opinião destas mulheres, as experiências com os recursos comunitários foram positivas e negativas (quadro nº 23).

Das experiências positivas, destacam-se essencialmente o apoio psicossocial do gabinete de apoio à família (GAF), referido pela totalidade das mulheres; seguido do apoio prestado pela família de origem, revelado por cinco mulheres. O apoio/encaminhamento por forças de segurança foi positivo para duas mulheres. Para uma, o atendimento na GNR foi positivo por a terem informado e encaminhado. Para outra foi positivo o atendimento na PSP, onde recorreu por má experiência anterior com a GNR (N2).

Quanto às experiências negativas, destaca-se sobretudo o contacto com a GNR, referido por metade das mulheres (5) e o apoio familiar referido por duas mulheres.

As experiências positivas com o GAF, derivaram do apoio ao nível do fornecimento de bens básicos, como roupa e alimentos; da segurança e do apoio proporcionados às mulheres que recorreram à casa-abrigo (N3;N4;N8;N10), onde também foram ajudadas psicologicamente e do apoio jurídico para a resolução da situação. De referir que N3 teve acesso a esta instituição em consequência do encaminhamento hospitalar após tentativa de suicídio e que N4 acedeu à mesma instituição também pelo mesmo meio, depois de ter recorrido ao hospital com fractura de um membro superior. Ambas já tinham recorrido diversas vezes ao serviço de urgência por lesões decorrentes de agressões físicas.

Pode verificar-se que existem experiências positivas e negativas das mesmas mulheres com a utilização dos mesmos recursos, que passamos a explicitar.

Quanto ao apoio familiar, no caso de N1 existiu uma experiência positiva e outra negativa com a família, que se deveram às atitudes encontradas em diferentes elementos

da mesma – a irmã estimulou-a para a denúncia e orientou-a para o GAF, mas o pedido de apoio anteriormente feito a um irmão foi recusado.

Quanto aos dois tipos de experiência de uma mulher com as forças de segurança, foram decorrentes da informação e registo da denúncia proporcionados pela PSP, contra a atitude oposta que experienciou com a GNR.

A outra mulher que relatou experiência negativa com o apoio solicitado à família, justificou-a pela recusa dos pais em a ajudar.

O contacto com a GNR foi considerado uma experiência negativa, pela inoperância salientada por quatro mulheres traduzida por falta de capacidade para “leitura” da situação no atendimento ao domicílio (N1); não formalização da queixa (N2; N5) e por tolerância e crédito ao agressor com desvalorização da vítima aquando de pedidos de ajuda (N10). As atitudes dos agentes da GNR percebidas como negativas relacionaram-se com as solicitações de perdão ao agressor (N1; N3) e pelo impedimento à mulher em depor depois do depoimento do agressor (N2) e ainda por eventual aceitação de suborno, revelado por duas mulheres (N2; N5). No caso de N2 que sofreu um internamento compulsivo na psiquiatria, sem mandato judicial, suspeitando ter sido o mesmo conseguido por suborno do marido, que na mesma altura levantou uma soma considerável de dinheiro. De salientar que esta situação irregular foi resolvida pelo gabinete jurídico do GAF, onde uma pessoa das relações familiares de uma vizinha que tinha assistido à “detenção”, foi apresentar o caso. Relativamente à suspeita de N5, as relações de amizade do marido na GNR sugeriam-lhe terem estado na origem do não registo da denúncia efectuada.

Uma mulher relatou uma experiência negativa com vizinhos, que não responderam ao seu pedido de socorro, aquando de uma agressão física.

Quadro nº 23 – Recursos comunitários utilizados: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Experiências positivas	Apoio psicossocial e jurídico do GAF	“ (...) é uma casa [GAF] boa que nos apoia tanto a nós como aos filhos, a nível de abrigo, psicológico, da advogada (...)” N10	N1;N2;N3; N4;N5;N6; N7;N8;N9; N10	10
	Informação/ encaminhamento da GNR / PSP	“ (...) foi quando uma mulher polícia [PSP]me disse para fazer queixa de tudo que me fizessem. Pela polícia tenho muito respeito, atenderam-me muito bem e aceitaram-me a queixa. E a mulher polícia que me atendeu disse-me: minha Sr.ª, a partir de agora faça queixa de tudo o que lhe fizerem, não se cale mais.”N2	N2;N9	2
	Apoio de elementos da família de origem	“O meu pai sabia eu contava que ia fugir, ele guardava (...)” N8	N1; N5; N8; N9; N10	5
	Apoio dos amigos	“ (...) também posso agradecer a essa minha amiga que tanto com os desabafos, como outras coisas foi quem me ajudou. (...) que me deu ajuda económica, emprestou-me dinheiro. Ela já sabia há muito tempo, era com ela que eu desabafava.”N3	N2; N3;N7	3
	Informação/ encaminhamento do Serviço Social Hospitalar	“(...) os do hospital meteram-me na pensão [nome]. Depois a Dr.ª da assistência social mandou-me para a casa-abrigo.” N4	N3; N4	2
	Apoio do Ministério Público	“(...) foi uma grande ajuda, foi uma belíssima pessoa que encontrei, porque ele mal soube que eu saí da casa abrigo, foi logo atrás de mim e ela [procuradora] ajudou-me (...)”N3	N3	1
	Apoio da Segurança Social	“Fui pedir ajuda à segurança social, (...) e ajudaram-me bastante.”N7	N7; N8	2

<p>Experiências negativas</p>	<p>Inoperância da GNR</p>	<p><i>“Houve outra altura que ele bateu-me e eu fui para [local] (...) e vinha uma patrulha da GNR, era meia-noite e meia perto da 1 h e a polícia viu-me e veio perguntar-me o que estava ali a fazer e eu disse: olhe, fugi de casa porque fui maltratada pelo meu marido, bateu-me e eu fugi para aqui. Tão depressa disse como ele apareceu e vem ter connosco e diz ele ao GNR: isto é como uma criança que aqui está, é uma criança que não sabe o que diz e só faz figuras tristes, e a GNR disse-me assim: vá para casa minha Sr.^a, não faça essas figuras aqui na rua que é muito triste (...) e levantei-me e fui embora para casa da minha cunhada. A policia não fez nadinha, não quis saber nada de mim.(...). (...) aí há 2,5-3 anos telefonei à GNR a dizer que estava a ser maltratada, não foram, disseram que não podiam interferir na casa das pessoas.” N10</i></p>	<p>N1;N2;N5; N10</p>	<p>4</p>
	<p>Atitudes agentes da GNR</p>	<p><i>“A GNR aceitou o que o meu homem lhes quis dizer e ficou o parecer do meu homem e do meu filho (...) eles davam a opinião deles e eu a minha. Não, não me ligaram nadinha.(...). (...) Eu fui internada porque a GNR me foi buscar a casa e me levou para o hospital dos malucos. (...) estava a chegar a casa (...) estavam eles com um carro à minha espera. Ele [marido] é tão vagabundo que pagou a alguém (...).” N2</i> <i>“ (...) o agente da GNR telefonou-me para eu ir ao posto(...) e disse-me: ele [o marido] está arrependido, diz que você é boa mãe, boa esposa e só quer que lhe perdoem mais uma vez. Ele [marido] começou a chorar e a pedir-nos desculpa. A minha filha agarrou-se a mim a chorar (...) tive que ir ao tribunal para mandar arquivar, arquivar não foi (...).” N3</i></p>	<p>N1;N2;N3; N5</p>	<p>4</p>

	Passividade de elementos da família de origem	<i>“Cheguei a uma altura e fui pedir aos meus pais ajuda (silêncio) não adiantou nada, o meu pai não quis saber e a minha mãe que (silêncio) tinha que aguentar.” N3</i>	N1;N3	2
	Passividade dos vizinhos	<i>“ (...) comecei a chamar: ai que d’el rei, para ver se me acudiam mas ninguém veio pois tudo tinha medo. (...) medo dos da droga(...)” N5</i>	N5	1

⇒ **Área temática – Tipos de maus-tratos após a separação ou divórcio**

Os maus-tratos infligidos pelo cônjuge prolongaram-se no período após separação/divórcio no caso de seis mulheres (quadro nº 24), sob diversas formas: nomeadamente a falta de participação económica (4 mulheres), sendo de referir que N1 e N2 não usufruem de rendimento laboral e no caso da primeira existe uma filha menor a seu cargo. Emergiram ainda, o controlo da vida pessoal (2 mulheres); utilização dos filhos (2 mulheres) e agressões físicas e psicológicas (1 mulher).

Três mulheres (N1;N3;N5) verbalizaram a existência de afastamento judicial do cônjuge por continuidade de maus-tratos após separação/divórcio.

Quadro nº 24 – Tipos de maus-tratos após a separação ou divórcio: categorias e frequência

Categoria	Unidades de análise (exemplo)	Frequência	Total
Não participação económica	<i>“Quando em Agosto lhe pus a acção de divórcio, ele levantou o dinheiro todo da conta que eu tinha acesso e nunca mais fiquei com acesso à conta.” N2</i>	N1;N2;N7; N9	4
Agressão física e psicológica	<i>“ (...) ia a casa batia-me a mim e na [filha mais nova].Se não é o juiz a desviá-lo da porta ele ainda me dominava, porque ele ao fim de 1 mês começou a aparecer em casa à 1 da manhã, abria a porta do quarto, olhava para mim e ia-se embora. (...) desarrumava e partia coisas. Depois informei-me com a advogada e mudei a fechadura mas ele pegou num pé de cabra e foi lá (...) partiu a porta e foi-se embora. A porta ficou aberta uns poucos de dias, eu e a [filha mais nova] dormíamos no sofá que encostávamos à porta.(...) Ele entrava e andava com uma chave de fendas na mão de um lado pró outro a espetar os móveis e a rir-se às gargalhadas</i>	N1	1

	” N1		
Assédio sexual	<i>“ (...) tinha-me separado há uma semana, fui lá buscar o boletim de vacinas da minha filha e o cartão do médico de família, eu combinei antes com ele e só podia ir ao fim do dia, depois do trabalho e fui, quando lá cheguei ele queria-me agarrar e eu disse: não faças isso que eu não quero e ainda me atirou para cima do sofá.” N7</i>	N7	1
Controlo da vida pessoal	<i>“ (...) estava ali em baixo à espera e eu perguntei-lhe se estava à espera de alguém e ele disse: (...) para ver se tu entras com alguém. Agora telefona-me 2, 3 da manhã a perguntar onde estou, com quem estou (...) quando digo que estou sozinha ele é assim: “será que estás mesmo sozinha?” Eu desligo o telefone mas ele torna a tocar. (...) se tenho o telemóvel desligado já diz que eu ando com alguém, já disse que andei com este e com aquele e depois as irmãs também diziam. E eu já estou separada há sete meses.” N7</i>	N3; N7	2
Utilização dos filhos	<i>“Um dia foi lá, queria que a (filha mais nova) fosse com ele, deu-lhe um telemóvel a ver se a convencia a ir embora com ele.”N1</i>	N1; N5	2

⇒ Área temática – Repercussões dos maus-tratos conjugais

As repercussões dos maus-tratos conjugais referidas pelas mulheres são diversas (quadro nº 25), mas evidenciam-se as relacionadas com a própria saúde.

Diversas lesões físicas foram apontadas, sendo os hematomas/equimoses e contusões as mais referidas (8 mulheres), contudo as duas que não se referiram a este tipo de lesão, relataram tipos de agressões físicas (empurrões com quedas, tentativas de asfixia com as mãos, agressões com objectos, murros) das quais resultam habitualmente este tipo de lesão. A estas lesões, seguem-se as feridas corto-contusas referidas por 4 mulheres e as fracturas mencionadas por uma mulher que relatou seis episódios desse tipo de lesão.

As queixas psicossomáticas foram referidas como alterações do sono (6 mulheres), queixas álgicas (5 mulheres) - dores de cabeça, dores no corpo, desconforto gastrointestinal - e a perda do desejo sexual (4 mulheres). Parece-nos pertinente salientar que três destas mulheres tinham sofrido violação marital e uma expressou a obrigatoriedade das relações sexuais na relação conjugal.

A nível da saúde biofísica verifica-se que sete mulheres estiveram em risco durante a gravidez, por terem sido agredidas, tendo uma (N3) abortado em consequência de um

espancamento e outra (N1) necessitado de internamento durante a gravidez. Nesta categoria emergiram também: o risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (3 mulheres), entre as quais, duas (N1;N8) tinham conhecimento de relações extra-conjugais do companheiro e a outra (N5) tinha um cônjuge toxicodependente; hipertensão (2 mulheres) que reverteu após a separação e agravamento de patologia crónica (1 mulher).

A saúde mental destas mulheres foi prejudicada, o que se expressou pela referência de nove mulheres a estado de ansiedade e depressivo e na revelação por quatro mulheres de depressão medicada. A diminuição da auto-estima e do auto-conceito foi relatada por seis mulheres. A ideação suicida foi revelada nos discursos de três mulheres, tendo uma, concretizado tentativa de suicídio. Três mulheres expressaram sinais e experiências sugestivas de stress pós-traumático.

O prejuízo do bem-estar emocional, esteve presente no discurso de todas as mulheres através da expressão de sentimentos de sofrimento/infelicidade (10 mulheres); de revolta (5 mulheres) e de medo (4 mulheres).

O prejuízo da participação laboral foi referido por seis mulheres, nomeadamente pelo absentismo relacionado com lesões físicas ou com a saúde mental. Uma das mulheres (N5) perdeu o emprego (por duas vezes) por atitudes do cônjuge durante o período laboral.

Na perspectiva das mulheres os maus-tratos repercutiram-se ao nível da família: no desempenho de papéis parentais (4 mulheres), nomeadamente ao nível da promoção do desenvolvimento harmonioso e em segurança dos filhos. A degradação da relação entre o pai e os filhos foi também referida (4 mulheres) e justificada pelo afastamento afectivo provocado pelos maus-tratos também aos filhos. A degradação da relação no casal foi referida por 3 mulheres, das quatro que vivem com o companheiro; a degradação da relação entre a mãe e os filhos (1 mulher) surge pelos maus-tratos que também estes na idade adulta lhe infligiram e, a mesma mulher (N2) aponta a degradação da relação entre a avó (ela) e os netos, que criava e com os quais deixou de conviver.

A repercussão dos maus-tratos manifestou-se ainda por prejuízo no desenvolvimento dos filhos: a nível afectivo (3 mulheres) e a nível escolar (2 mulheres).

Quadro nº 25 – Repercussões dos maus-tratos conjugais: categorias, subcategorias e frequência

Categorias	Subcategorias	Unidades de análise (exemplo)	Frequência	Total
Prejuízo na integridade física	Equimoses/hematomas/contusões	<i>“Pôs-me toda preta, os olhos nem podia (silêncio) nem conseguia abri-los. (...) eu fiquei no chão como morta, sem sentidos porque que dei com a cervical na soleira de uma porta (...)”</i> N3	N1; N2;N3 N4;N7;N8; N9;N10	7
	Feridas corto-contusas	<i>“(...) levei uma surra, acho que desmaiei e no dia seguinte é que vi que tinha a cabeça rachada.”</i> N7	N1;N2; N3;N7	4
	Fracturas	<i>“(...) partiu-me o joelho, outra partiu-me este osso do pé, partiu-me o tornozelo. Depois partiu-me este braço que fiquei com ele aleijado. Fui operada mas não adiantou nada, que nem posso [demonstrou que não faz extensão do membro superior]. Agora por fim partiu-me este [o outro braço] duas vezes.”</i> N4	N4	1
	Dentes partidos	<i>“(...) só daquela vez que me partiu os dentes (...)”</i> N5	N5	1
	Queimaduras	<i>“(...) que ligou o ferro e me queimou a cara (...)”</i> N1	N1	1
Prejuízo na saúde psicossomática	Queixas algicas	<i>“Dores de cabeça tive sempre muitas e eu acho que era dos nervos, de andar nervosa. A barriga sempre me deu problemas. Os intestinos e o estômago, tenho sempre afrontamentos, às vezes nem me posso vergar e tenho muitas dores.”</i> N2	N1;N2; N4;N5; N8	5
	Perda de desejo sexual	<i>“Ele não obriga [às relações sexuais] ...mas a nossa coisa é ser mulher e homem e pronto (...). Não, querer não, mas não se deve fugir com o cu à seringa, temos que fazer, meu amigo.”</i> N4	N1;N3; N4;N7	4
	Desmaios	<i>“(...) sou muito nervosa e agora não, mas mais nova enervava-me e desmaiava.”</i> N4	N4	1

	Alterações do sono	<p>“ (...) comecei a não dormir quando [filha mais velha] começou a ter a idade dela, e começou a fazer torturas à [filha mais velha] e eu ia para a cama e não dormia. Depois comecei a tomar medicamentos para dormir. Durmo mal, acordo muitas vezes de noite.” N1</p> <p>“ (...) nunca mais soube o que é dormir direito, não tenho sossego comigo própria.” N3</p>	N1;N2;N3;N6;N7;N8	6
Prejuízo para a saúde biofísica	Risco de DST	<p>“ (...) eu estava com muito corrimento e cheirava mal, cheirava mesmo mal e fui a uma médica que me viu e me deu medicamentos. (...) eu tinha medo de ter a sida.” N1</p>	N1;N5;N8	3
	Hipertensão	<p>“Eu tinha tensão alta e ia regularmente às consultas mas ele nunca me acompanhou, muitas vezes tinha que ir à Urgência por causa da tensão. Depois da separação nunca mais tive a tensão alta e deixei de tomar a medicação, não tomo nada, nada e o médico disse-me que devia ser do sistema nervoso e que o problema era mesmo o meu marido.” N7</p>	N3;N7	2
	Risco Obstétrico / aborto	<p>“Depois nasceram as minhas filhas e (silêncio) antes tinha tido um aborto que foi ele que me provocou.” N3</p>	N1;N2;N3;N7;N8;N9;N10	7
	Episódios de agravamento de patologia crónica	<p>“Quando me enerva, eu, eu quero respirar... não posso que eu tenho muita bronquite asmática (...) Tenho muitos problemas de saúde e não tenho dinheiro para comprar os remédios.” N6</p>	N6	1

Prejuízo para a saúde mental	Estado de ansiedade /depressivo	“ (...) apanhei grandes depressões (...) Depois ia trabalhar mas não conseguia trabalhar, tinha que me ir embora, fechava-me num quarto escuro, nem a televisão podia ouvir, nem a minha filha, eu queria ficar sozinha, isolada mesmo, sentia-me como se já não estivesse a fazer nada neste mundo. Sentia-me muito triste, desinteressada mesmo da vida, nada me preocupava já. Eu senti-me muitas vezes com depressões, sentia-me mesmo mal, (...) era aquela tristeza, de não me sentir com valor, sentia-me infeliz.” N9	N1;N2;N3; N4;N5;N7; N8;N9;N10	9
	Ideação ou tentativa de suicídio	“Quantas vezes eu peguei no carro (silêncio) me meti à estrada para (choro) (...) cheguei muitas vezes a pensar suicidar-me, acabei por o fazer agora com as filhas crescidas (...). Foi na Páscoa de 2004 que ele me bateu pela última vez e ingeri a tais medicação e vim para o hospital. (...), que me desse um medicamento que me acalmasse total, que me desse um medicamento que me pusesse a dormir e que não acordasse mais porque eu não queria viver naquilo.” N3	N3;N8; N9	3
	Depressões medicadas	“Fui ao hospital tratar-me a mim e a ela [filha mais nova] ao Dr. [psiquiatra]. Agora tenho medo de não conseguir esquecer isto. Estou a tomar calmantes, se não os tomo, sinto um aperto na garganta como se me estivessem a esganar. Foi tanta coisa que eu tenho medo de variar [enlouquecer].” N1	N1;N3; N5; N7	4
	Stress pós-traumático	“Uma noite, achei que ele tinha entrado aqui e até vim cá baixo ver, mas não, era aquela coisa de ouvir a porta bater, dele entrar bêbado e prontos fiquei um bocado com medo (...) E o cheiro? Às vezes ainda sinto o cheiro do álcool, às vezes até pergunto à minha filha se o pai aqui entrou porque sinto o cheiro dele, aquele cheiro a álcool.” N7	N1;N3; N7	3

	Diminuição do Auto-conceito e auto-estima	<p>“ (...) eu fui toda a vida uma pessoa que me senti sempre revoltada porque toda a vida vivi debaixo da pata do meu homem, sempre no cabresto dele.” N2</p> <p>“ (...) apoio para nos ajudar a erguer, a entender que não é o fim do mundo porque nós sentimo-nos muito em baixo. Mesmo depois de ter ultrapassado essas coisas nós...acho que ficamos a sofrer toda a vida.(...) somos deles e fazemos tudo por eles, quem são eles para nos estar a deitar abaixo? Se for preciso são meigos para essas pessoas e fazem de nós um pano do chão.” N3</p>	N1;N2; N3;N7; N8;N9	6
Prejuízo do bem-estar emocional	Revolta	<p>“Eu só estou mais revoltada de quando ele me queimou a cara e depois levou-me a rastos pelos cabelos para fazer isso [relações sexuais], só de um louco, de um mau. Ui Jesus Senhor, muito, prejudicou [a saúde]. Estou revoltada, eu querer trabalhar e não poder trabalhar para mim e para minha filha.” N1</p>	N1;N2; N5;N6; N7	5
	Medo	<p>“Tinha medo de ir para casa. Medo que não era só medo, não sei, eu nunca sabia quando chegava como havia de entrar, se ele estava de bom ou mau humor, se estava bêbado, o que ia passar-se. Tinha medo, muito medo. Vivi muito traumatizada e ainda hoje vivo com esse trauma, ainda vivo com muito medo do que possa acontecer por uma pessoa que não é certa. Ainda hoje faço-me de muito forte mas vivo com muito medo (...) A partir daí [da 1ª vez que foi batida] comecei sempre a viver com medo dele.” N3</p>	N1;N3; N5;N8	4
	Sufrimento/ infelicidade	<p>“Perdi os meus anos a ser massacrada, vivi em traumas que não se pode imaginar, o que é viver assim (...) fiquei sem emprego, fiquei sem a casa, fiquei sem nada. E os anos que eu perdi? O resto recupero tudo, mas esses, não os recupero! Os anos que deixei de gozar a minha vida, de viver em paz e sossego, livre (...) Foi um inferno. (...) sentia-me infeliz. É um terror viver assim.” N3</p>	N1;N2; N3;N4; N5;N6; N7;N8; N9;N10	10

Prejuízo da actividade laboral		<p><i>“Há seis anos reformei-me porque estava a trabalhar meia hora e caia como morta. O que eu queria, era ter força para trabalhar e ganhar o meu dinheiro, comprar um carrinho e sair.” N1</i></p> <p><i>“(…) arranjei emprego para empregada doméstica e ele nas horas do meio-dia, nas horas do patrão vir comer ele estava sempre lá, ou telefonava ou entrava na porta a gritar a chamar por mim. Todos os dias isto, até que um dia o patrão disse: “desculpa mas o teu contrato vai acabar.” O meu contrato era de 1 ano e só durou 6 meses. Faltava [ao trabalho] por causa dele... faltava mais por causa dele do que pela bronquite.” N5</i></p>	N1;N3; N5;N8; N9;N10	6
Prejuízo na família	Desempenho dos papéis parentais	<p><i>“Eu queria dar aos meus filhos uma vida... fazer tudo para serem felizes e fazia tudo para serem felizes e resultou tão mal... fazer coisas... sacrificar a mim para deixar para os meus filhos e ele não (...). Eu trabalhei na fábrica [nome] e fui eu que deixei porque ameaçaram-me que me tiravam as crianças porque ele... eu ia trabalhar ao sábado e domingo e ele ficava com a pequenina (...) e então ele andava com a menina no meio da malta da droga com um biberão de água como muita gente via... em vez de dar leite à rapariga dava biberões de água para ela mamar e disseram-me logo: tu tomas conta da rapariga normalmente como deve ser ou então nós vamos fazer queixa de ti à Segurança Social e vamos tirar-te os filhos.” N5</i></p>	N1;N3; N5;N7; N8	5
	Degradação das relações entre o pai e os filhos	<p><i>“(…) a minha filha desde essa altura nunca mais lhe perdoou. A mais velha, desde aí cortou relação mesmo com o pai. Ele nunca mais teve nenhum contacto com as filhas, nunca mais quis saber delas para nada.” N3</i></p>	N1;N3; N7;N9	4

	Degradação das relações familiares entre a mãe e os filhos	<i>“Tenho três filhos e neste momento se soubesse que eles me iam fazer o que fizeram tinha-os deixado morrer todos. (...) se o caso fosse entre ele[marido] e eu, agora eu não estive de acordo foi por ele apoiar os meus filhos a maltratarem-me.” N2</i>	N2	1
	Degradação das relações no casal	<i>“(...) não tenho conversas dele. Faço de conta que não o vejo e temos dias que não falámos um para o outro.” N4</i>	N2; N4;N6	3
	Degradação das relações entre avó e netos	<i>“(...) a minha filha tirou-me de ver os meus netos, que era eu que os criava. Se eu gostava dos meus filhos, muito mais gostava dos meus netos e os meus netos não tem culpa, são crianças (...)” N2</i>	N2	1
Prejuízo do desenvolvimento dos filhos	Afectivo	<i>“A rapariga tem agora 7 anos ficou com medo, ainda agora. (...) as crianças é que estão a sofrer mais com as coisas que ele tem feito (...). Ela [a filha mais nova] é muito nervosa, a gente não a pode contrariar que ela atira tudo pelo ar... e ferra-se toda e.... pensamos nós que é por causa disso... da vida que ela levou. (...) ele nunca se mostrou carinhoso para com os filhos...(...) eles andam a ser seguido por uma psicóloga, tanto o mais velho, como a pequenina e o pequenino teve um trauma (...). Quando me separei do pai parou de falar até aos 2,5 – 3 anos. Agora é que está a puxar pela fala.” N5</i>	N3;N5;N8	3
	Escolar	<i>“As minhas filhas muitas vezes iam para a escola e deitavam-se num sítio qualquer a dormir porque de noite não dormiam com trauma do pai, com medo que ele me fizesse mal e ele ameaçava-nos que me matava a mim, que matava as miúdas, faltavam às aulas.” N3</i>	N3;N9	2

⇒ **Área temática – A dinâmica inter-relacional das mulheres maltratadas com os profissionais de saúde**

Relativamente à dinâmica inter-relacional emergiram quatro categorias (quadro nº 26): dificuldades das mulheres maltratadas para solicitar o apoio dos profissionais de saúde; atitudes das mulheres junto dos profissionais; atitudes dos profissionais de saúde com a mulher maltratada e expectativas das mulheres face aos profissionais.

Quanto à primeira, verificámos que se destacam o sentimento de vergonha da situação e as atitudes controladoras do agressor, referidas por duas mulheres respectivamente. Se bem que com a referência de uma única mulher, surgiram nesta categoria, a privação da sua higiene pessoal, a falta de autonomia e o medo.

Em relação à 2ª categoria – atitudes das mulheres junto dos profissionais - as que emergiram das narrativas destas mulheres foram as seguintes:

- Evitamento (5 mulheres) onde é de salientar que um dos motivos mais saliente (referido por 3 mulheres) é a existência de lesões físicas; uma mulher (N7) referiu não saber porque escondeu a situação do médico quando ele a questionou e outra (N1) apelou à sua capacidade sofredora, não precisando de ir ao médico. Parece-nos, articulando com as dificuldades pessoais para solicitar apoio, que o sentimento de vergonha pode estar subjacente a esta atitude;

- Ocultação da situação de maltrato aos profissionais foi referida por quatro mulheres, das quais 3 com alterações ao nível da saúde, ocultaram a verdadeira razão do recurso aos profissionais;

- Falta de vontade para falar do assunto com os profissionais de saúde (3 mulheres).

Relativamente às atitudes dos profissionais de saúde, que emergiram dos discursos destas mulheres, destacou-se sobretudo a desvalorização da situação (7 mulheres) traduzida por atitudes como as relatadas por uma mulher (N2) que depois de sugerir o assunto não obteve resposta do profissional; ou a atitude relatada por uma outra (N3) com lesões sugestivas de maus-tratos físicos, nega a etiologia das mesmas e o profissional não intervém; ou ainda a identificada no discurso de outra mulher (N4) que diz o que se passa, pergunta o que fazer, mas não obtém intervenção profissional. Nas restantes mulheres há referências a que nunca ninguém lhes perguntou nada.

Ainda neste âmbito, surgem referidas por quatro mulheres, respectivamente: a intervenção dos profissionais centrada no modelo biomédico e o encaminhamento da situação, pelos profissionais de saúde. Sugere-nos dizer sobre este encaminhamento, que foi a partir de um episódio de urgência, em que 2 mulheres foram encaminhadas para a casa-abrigo e três para o Instituto de Medicina Legal.

As atitudes dos profissionais de saúde menos identificadas nas narrativas, foram as que passamos a apresentar: censura à tolerância das mulheres aos maus-tratos (2 mulheres, um caso no serviço de urgência e outro no centro de saúde); encorajamento para a ruptura por uma enfermeira durante um episódio de urgência (1mulher); o desrespeito pelos direitos do utente (1 mulher - N2), o que se relaciona com a experiência pessoal de um internamento compulsivo num serviço de psiquiatria e durante o qual ela foi tratada por um nome que não o seu, não tendo sido ouvida nas sucessivas chamadas de atenção sobre a incorrecção do seu nome. Esta situação culminou com a revelação de uma enfermeira que no dia da alta (conseguida com intervenção do GAF) de que no processo constava um nome falso. De salientar ainda que esta mulher nos referiu nunca ter sido observada por um médico ao longo desse período, mas que estava medicada.

Relativamente às expectativas das mulheres com os profissionais de saúde, parece-nos legítimo afirmar que são escassas, pois só duas mulheres as apontaram: ser escutada (N2) e ter sido informada dos serviços especializados para a violência doméstica (N3).

Quadro nº 26 – Dinâmica inter-relacional com os profissionais de saúde: categorias, subcategorias e frequência

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise (exemplo)	Informantes	Total
Dificuldades das mulheres para solicitar o apoio dos profissionais	Vergonha	<i>“Não nunca quis ir e não era por não precisar, que eu ficava magoada, mas tinha vergonha e nunca quis ir (...)” N7</i>	N1;N7	2
	Privação da sua higiene pessoal	<i>“ (...)...eu evitava de ir ao médico porque... se desse banho ele[marido] já implicava.” N1</i>	N1	1

de saúde	Falta de autonomia	<i>“Quando estava a trabalhar que não podia [levar as filhas ao centro de saúde] ia a minha sogra. Às vezes era a minha sogra porque ele dizia. Eu nunca podia sair sozinha, tinha sempre que ir com a sogra ou com as irmãs.” N1</i>	N1	1
	Medo	<i>“Eu gostava de ir ao hospital que era bem tratada, agora tenho terror de ir ao hospital. E ele conhecia lá gente e dizia que me tratavam da tosse. Eu tinha medo que me dessem como maluca e me dessem medicação, sei lá. Eu sei que quando eu lá ia, a irmã aparecia sempre e ia falar com os que estavam a escrever e dizia-lhes: “ela está tola” e coisas assim. (...) eu digo às minhas filhas se houver um caso levais-me ao hospital de B. que foi lá que fiz a laqueação e trataram-me bem.” N1</i>	N1	1
	Por atitudes controladoras do agressor	<i>“Ele batia e depois ia à farmácia buscar pomadas e punha-me. Quando me queimou a cara, não fui ao hospital, fui à farmácia. Ele é que me levou à farmácia. Ele quando fazia o mal andava ali de volta de mim.” N1</i> <i>“Eu disse assim: tu não chames a tua mãe, que a tua mãe não é médica e eu já nem vejo com dores. (...) ele [marido] não queria porque eu tinha pisadelas no corpo, acho que pronto, era para encobrir.” N3</i>	N1;N3	2
Atitudes das mulheres junto dos profissionais de saúde	Ocultação da situação	<i>“Nunca (silêncio) nunca. Dizia que caia, outras dizia que me sentia mal, dava sempre uma desculpa conforme o que me ocorresse na altura.” N3</i>	N1;N3;N7 N3	4
	Evitamento	<i>“Mas eu se estivesse marcada já nem ia (...)” N9</i>	N1;N3;N7; N8;N9	5
	Falta de à-vontade	<i>“ (...) e eu ...a gente não tinha aquela coisa para desabafar[no Centro de saúde]...” N5</i>	N5;N9;N10	3
Atitudes dos profissionais de saúde com a mulher maltratada	Tratamento e encaminhamento legal	<i>“(...)há 1 mês fui ao hospital, tenho uma conta de cento e tal euros para pagar (...) bateu-me a mim e à rapariga que vai fazer 14 anos (...) e depois fui ao Instituto de Medicina Legal (...)” N10</i>	N1;N3	2
	Encaminhamento para casa-abrigo	<i>“Assim que tive alta, fui para a casa-abrigo (...)” N3</i>	N3;N4	2

	Centradas no modelo biomédico	<i>“(...) quando a Enfª me perguntou porque é que estava a emagrecer quando estava grávida e eu disse-lhe que estava tudo normal e ela perguntou-me como é que comia e eu: tudo normal.” N9</i>	N1;N2;N9; N10	4
	Desvalorização da situação	<i>Só uma vez o médico de família (...) eu não estava bem, era uma ansiedade, não sei explicar, só que estava muito mal, sentia-me mal e a tensão subia-me muito. Esse médico era da terra dele, já conhecia a família. Ele é que me perguntou: “isso que está a sentir e essas pisadelas foi o seu marido?” Eu disse: não, não Sr. Dr. não foi nada. E ele disse: está bem, e baixou a cabeça e não disse mais nada. A primeira vez que fui parar ao hospital também ninguém me perguntou e eu também não disse.” N3</i>	N2;N3;N4; N5;N8;N9; N10	7
	Encorajamento	<i>“Naquela noite em 2003, uma enfermeira no hospital e duas empregadas que me disseram: força, não lhe perdoe que essas pessoas não têm perdão. Agarraram-me o braço e disseram-me: Tenha força, tenha coragem.” N3</i>	N3	1
	Censura	<i>“(...) uma vez o Dr. ...(médico do hospital onde trabalha) disse-me: outra vez D.[nome]? Você porque não deixa esse homem? deixe esse homem. Você não tem vergonha de vir aqui para o hospital com a cara toda rebentada e continua na mesma? E eu: ai Dr. é tão fácil falar.” N10</i>	N8;N10	2
	Desrespeito pelos direitos do utente	<i>“Eu estava lá internada no hospital [psiquiatria] com um nome falso. Elas sabiam, que eu dizia que não me chamava assim, mas nunca me ligaram. No dia em que vim embora houve uma que me disse que eu estava lá com um nome falso. Só tenho queixa daquele vagabundo dos malucos [psiquiatra], que se fosse competente ia-me ver, se não fosse no 1º dia ia no segundo, mas estive lá seis dias e nunca me apareceu.” N2</i>	N2	1
Expectativas das mulheres face aos	Ser escutada	<i>“Muitas das vezes eu recorria ao hospital ou à médica com vontade de desabafar aquilo (...). Muitas vezes ia mas nunca dizia.” N3</i>	N3	1

profissionais	Obter informação	<i>“(…) nem o hospital [forneceu informação]. E quando estive internada havia lá os papéis do apoio à vítima mas ninguém me falou, eles têm os papéis mas não servem de nada.” N2</i>	N2	1
---------------	-------------------------	---	-----------	----------

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto vamos proceder à discussão dos principais resultados do estudo de acordo com a problemática da investigação e os seus objectivos.

Assim, delineamos a discussão dos resultados a partir das áreas temáticas definidas.

Conceito de maus-tratos

Para as mulheres envolvidas no nosso estudo, o conceito de maus-tratos conjugais centra-se essencialmente nas agressões que ocorrem no seio conjugal e provocam danos a nível físico e psicológico, o que se inscreve nos conceitos de maus-tratos à mulher definidos pela Organização das Nações Unidas (1994) e por Matos (2002) cit Alexander (1993).

Dos discursos das participantes, depreende-se que as agressões psicológicas são consideradas mais graves porque causam um maior sofrimento. Este dado difere do estudo realizado por Casimiro (2002), no qual as mulheres de meio sócio-económico desfavorecido, característica da maioria das mulheres participantes no nosso estudo, atribuíam maior gravidade às agressões físicas.

Na opinião de Ramos (2004), apesar da agressão de cariz psicológico e sexual não deixar “provas” imediatas, nomeadamente a primeira, estas são altamente destrutivas da saúde mental da mulher.

A génese dos maus-tratos

As narrativas permitiram-nos verificar que o início dos maus-tratos na maioria das mulheres coincidiu com o início da união ou com a primeira gravidez/nascimento de um filho, períodos críticos no ciclo familiar. Esta precocidade dos maus-tratos na relação está de acordo com o defendido por Silva (1995) e por Fernández Alonso et al. (2003), e este último autor, salienta ainda que a gravidez é um período de risco de agressão à mulher, tal como Ramos (2004) o defende.

Foi interessante verificar que apesar das mulheres englobarem no conceito de maus-tratos a agressão psicológica e até lhe atribuírem uma maior gravidade, quando se referem ao início dos maus-tratos associam-no à primeira agressão física. Isto sugere-

nos que a percepção dos maus-tratos se prende com este tipo de agressão, como um marco na relação a partir do qual as palavras e as atitudes começaram a ser interpretadas de uma forma diferente. Parece-nos assim, e como refere Ramos (2004), que as agressões físicas são aquelas que a mulher mais facilmente identifica.

Verificamos ainda que o primeiro episódio de maus-tratos esteve a maior parte das vezes associado a situação de embriaguez do cônjuge.

A dinâmica e evolução dos maus-tratos

No que diz respeito à dinâmica e evolução dos maus-tratos ao longo da relação conjugal, a análise dos dados obtidos permitiu-nos constatar que os episódios de maus-tratos ocorreram por ciclos de violência (fases de agressão seguidas de arrependimento e com mudança de comportamento temporário), cada vez mais frequentes e graves. Este continuum crescente em frequência e em gravidade que caracterizaram a evolução dos maus-tratos é salientado por Matos (2002) e Antunes (2002). Na opinião de Gelles & Straus (1988) citando Walker, Silva (1995) e Matos (2002), a violência nas vidas destas mulheres não é diária, surge em ciclo de violência, que se caracteriza pelas fases: de acumulação da tensão, de explosão e de arrependimento.

Os tipos de maus-tratos

Das narrativas destas mulheres emerge a combinação de múltiplas formas de maus-tratos, a nível físico, psicológico e sexual, com predominância das duas primeiras.

Relativamente aos maus-tratos físicos, estes surgem na forma de agressão através da força física (pontapés, murros, espancamento, entre outras) ou com a utilização de objectos (paus, soga, capacete).

Os maus-tratos psicológicos são infligidos das mais diversas formas, sobretudo através da agressão verbal (insultos, pragas, entre outras); por comportamentos (sair sem a mulher, exibição de amantes, arremesso das refeições confeccionadas pela mulher, entre outras); por depreciação da mulher; por controlo da privacidade e da autonomia (controlar o regresso a casa depois do trabalho, não deixar a mulher ir sozinha às compras, não deixar a mulher ter chave de casa); por subtracção de dinheiro

para as despesas familiares; por intimidação/ameaça; por falta de manifestação de afecto e por acusação de infidelidade.

Importa ainda salientar, que todas as mulheres ao definirem o tipo de maus-tratos se reportaram tanto aos maus-tratos físicos como aos maus-tratos psicológicos e quatro mencionaram os maus-tratos sexuais. Nenhuma das mulheres se centrou numa única forma de maus-tratos. Estas formas de maus-tratos e a sua associação identificadas neste estudo coincidem com a caracterização das relações violentas, feita por autores como, Matos (2002) e Antunes (2002). Na opinião destes, a relação violenta envolve desde agressões físicas menos lesivas, a formas severas (espancamentos) em associação com diversas agressões psicológicas.

A este propósito, Pereira, Matos & Machado (2006) apontam diversas investigações internacionais que confirmam a existência de maior risco de violação nas mulheres com relações de conjugalidade em que existe violência física.

Ainda relativamente à violação conjugal, Ramos (2004) cita o facto de existir a percepção feminina de que as relações sexuais com o cônjuge são obrigação, o que é impeditivo de muitas mulheres a entenderem como forma de mau-trato e violação. Este aspecto também ressaltou no nosso estudo, pois só uma mulher utilizou o termo violação e uma expressou que mantinha as relações sexuais por considerar ser uma obrigação do casamento.

Os motivos dos maus-tratos e o ciclo intergeracional de violência

Na perspectiva das mulheres os motivos dos maus-tratos são diversos, salientando-se os relacionados com o desequilíbrio do poder na relação conjugal; as características comportamentais negativas do cônjuge; os conflitos/censuras ao cônjuge e os hábitos aditivos do cônjuge, nomeadamente a ingestão excessiva de álcool.

O desequilíbrio do poder na relação conjugal, na opinião das mulheres participantes neste estudo, expressa-se sobretudo através de comportamentos/attitudes do agressor que evidenciam o autoritarismo/poder masculino e os privilégios machistas, mas também através da superioridade física característica do sexo masculino.

Estes aspectos foram descritos por Gelles & Straus (1988), por Silva (1995), por Alarcão (2000) e por Antunes (2002).

Relativamente às características comportamentais negativas, as mais mencionadas pelas mulheres foram o ciúme, a maldade, o egoísmo, o gosto em ver sofrer e o descontrolo emocional. Algumas destas características são designadas por Matos (2002) como factores de risco, e o descontrolo emocional com a mulher tem na opinião de Silva (1995) subjacente o poder masculino culturalmente adquirido e favorecido pela proximidade afectiva.

Outro motivo apontado com alguma frequência, foram os conflitos/censuras ao cônjuge, relacionados sobretudo, com as questões económicas, com a agressão física aos filhos e pela não participação do agressor na vida familiar. Pelos discursos parecem-nos que subjacente à agressão desencadeada pelas censuras da vítima ao agressor está o autoritarismo/poder masculino já referenciado.

Salientamos ainda que um grupo considerável de mulheres apontou para a arbitrariedade de motivos, a qual é referenciada por Gelles & Straus (1988), Silva (1995) e por Matos (2002), na abordagem desta problemática.

A falta de um padrão motivador da agressão e o poder masculino referido pelas mulheres pode estar relacionado com um motivo major na etiologia da violência que se prende com as dificuldades do casal entender os conflitos como parte integrante da relação, e em desenvolver posturas comunicacionais necessárias à resolução dos mesmos, conforme defendem Alarcão (2000) e Ramos (2004).

Na opinião de Gelles & Straus (1988) e Silva (1995), contribuem para estas dificuldades comunicacionais, a cultura patriarcal traduzida pelo poder masculino sobre a mulher e pelo recurso à agressão, como uma forma rápida de se livrar do conflito.

As dificuldades de comunicação no sistema conjugal podem estar também relacionadas com outros motivos de agressão apresentadas pelas mulheres, como sejam, a agressão física aos filhos, as decisões relativas ao orçamento familiar e mesmo o planeamento ou decisão do número de filhos.

No que concerne aos hábitos aditivos do cônjuge, verificamos nestas mulheres agressões sob efeito de álcool ou droga e que na opinião delas é um dos motivos de agressão. No entanto, as mesmas, revelaram agressões mesmo sem consumo dessas substâncias, o que vai de encontro ao preconizado por Gelles & Straus (1988), por Silva (1995) e por Matos (2002) cit Walker (1994), que salientam o maior risco de lesão física

grave, sob efeito de álcool ou drogas, contudo, estes não são por si só, desencadeadores de comportamentos violentos.

Para além dos motivos apresentados, importa evidenciar um outro motivo – intenção da mulher em separar-se do cônjuge – pois parece estar relacionado com concepções culturais já mencionadas e com a existência de maus-tratos após a separação ou divórcio.

Através das narrativas constatamos que os maus-tratos persistiram após a separação ou divórcio e que se manifestaram sobretudo através da não participação económica, do controlo da vida pessoal e da utilização dos filhos. Parece-nos importante salientar que uma mulher continuou a sofrer agressões físicas e psicológicas. Este aspecto é referido por Matos (2002) cit Mahoney (1994) e por Ramos (2004) que dizem que o momento em que a mulher termina a relação com o agressor, é um momento de risco de agressão, para a qual pode ser letal.

Relacionada com a etiologia da violência no seio do casal, as histórias de vida destas mulheres permitiram-nos a identificação de outra área temática – **Ciclo de violência intergeracional** – em que se salienta a existência de maus-tratos presenciados pelos agressores, destas mulheres, entre os seus pais, em alguns casos a eles próprios e os maus-tratos da maioria dos agressores aos filhos.

Esta espiral descendente de violência é descrita por vários autores (Gelles & Straus, 1988; Matos, 2002; Ramos, 2004) que consideram a violência na família de origem um factor de risco para a reproduzir ou a tolerar na idade adulta. As duas últimas autoras, acrescentam que quando existe violência conjugal contra a mulher é frequente o agressor agredir também os filhos.

De facto, os dados que obtivemos permitiram-nos identificar a espiral descendente de violência em uma das nossas participantes que sofreu maus-tratos infligidos pelos filhos adultos.

Verificamos ainda que os agressores das mulheres participantes no estudo, que tiveram anteriores relações conjugais, agrediram também essas mulheres, o que vai de encontro ao que advoga Matos (2002), de que existe alto risco de o agressor agredir outras companheiras.

oDos factores dificultadores da ruptura conjugal às estratégias de adaptação à situação de maus-tratos

Nos discursos das mulheres participantes no estudo emergiram dados que nos permitiram identificar diversas dificuldades para a concretização da ruptura da relação violenta e se centram especialmente em factores pessoais e factores sócio-culturais.

Relativamente aos primeiros, salientam-se a necessidade de proteger os filhos, nomeadamente para lhes evitar sofrimento mantendo a família e assegurando-lhes um futuro melhor; a existência de laços afectivos em que o amor ao cônjuge se salienta nos discursos e a percepção da auto-ineficácia. Esta última, parece-nos estar relacionada com o medo e a vergonha, que as conduz ao isolamento e as impede de procurar ajuda. Estes dados revelam-se concordantes com o que referem Gelles & Straus (1988) e Silva (1995) quando dizem que a mulher maltratada valoriza o vínculo afectivo que a une ao cônjuge, que pela própria dinâmica da violência, a mulher tem dificuldade em denunciar os maus-tratos que lhe são infligidos pelo pai dos seus filhos e ainda por acreditar no benefício da sua presença no seio familiar.

Um outro factor que sobressaiu nas narrativas para dificultar a ruptura foi a dependência económica, que nos sugere ter relação com a já acima citada necessidade de proteger os filhos, mas também com os factores sócio-culturais que mantêm a menor retribuição para o trabalho feminino, que conforme salienta Ramos (2004) é o segmento populacional mais discriminado e precarizado ao nível de condições de vida básicas.

No que diz respeito aos factores sócio-culturais, identificados nas narrativas destas mulheres, o que mais se destacou foi a tolerância com o agressor e a pressão para a manutenção do casamento. Em nosso entender, estas duas dificuldades estão relacionadas, pois para ceder a esta pressão a mulher terá que continuar a sujeitar-se aos maus-tratos, tolerando-os, ou seja, esta dificuldade funciona simultaneamente como uma estratégia. Verificamos que estes dados estão em concordância com as dificuldades psicológicas da mulher, como o medo, a baixa auto-estima e a vergonha, e também com a herança cultural que contribui para a desvalorização da violência nas relações afectivas e a sobrevalorização da família tradicional, tal como nos falam Gelles & Straus (1988) e Silva (1995).

Os aspectos dificultadores da ruptura da relação violenta, identificados nestas mulheres, sobrepõem-se aos divulgados pelo relatório da Amnistia Internacional Portuguesa (2006).

Perante as dificuldades de ruptura acima apontadas, as mulheres que conosco colaboraram desenvolveram estratégias adaptativas à situação de maus-tratos, das quais importa salientar: a submissão; agradar ao cônjuge; pedir ajuda; dialogar com o cônjuge e fugir de casa.

Pelos discursos percebemos que as duas primeiras estratégias apontadas se referem essencialmente ao desejo de melhor conseguir que o cônjuge a não maltrate e de obter a desejada melhoria relacional, o que vai de encontro ao que defende Silva (1995) ao considerar que ao agir dessa forma, a mulher se limita a desempenhar o papel relativo ao género feminino.

A mesma autora salienta que o desejo da mulher maltratada é deixar de o ser e manter a relação, o que nos parece estar de acordo com o facto dos pedidos de ajuda destas mulheres se direccionarem essencialmente para a ajuda ao cônjuge para tratamento, nomeadamente dos hábitos aditivos e, para a tentativa de resolver o problema pelo diálogo.

A maior parte das fugas relatadas foram temporárias, mas algumas foram definitivas. Parece-nos, de acordo com os dados que o amor, o medo, a tolerância com o agressor contribuíram para o insucesso destas fugas do domicílio, o que mais uma vez nos sugere, a importância atribuída aos laços afectivos e ao desejo de manter a relação, mas também a persistência da concepção cultural de que a mulher é propriedade do marido e que o colectivo familiar é a prioridade Gelles & Straus (1988) e Silva (1995).

Ainda a este propósito, outros dados obtidos a partir das narrativas permitiram-nos perceber que a mulher procura antecipar o comportamento do cônjuge, nomeadamente para evitar as agressões; resigna-se com a situação e reprime as suas emoções o que em nosso entender são estratégias relacionadas com a percepção da auto-ineficácia associada aos sentimentos de medo e de vergonha, já apresentados como factores dificultadores da ruptura conjugal.

Identificamos ainda nos discursos de algumas mulheres a retaliação, nomeadamente a verbal, que quase sempre se apresentou sob a forma de ameaça à desocultação dos maus-tratos, ou em algumas situações sob a forma de ameaça à integridade física do

cônjuge. Estas duas estratégias são também apontadas por alguns autores, como Ravazola (1997) citado por Matos (2002), Dobash (1992) citado por Heise (1994), ao referirem que a mulher vítima de maus-tratos continuados pode ela própria tornar-se violenta por retaliação ou por auto-defesa.

Verificamos que algumas mulheres utilizaram como estratégia o perdoar o cônjuge e outras a denúncia dos maus-tratos, sendo que esta última diminuiu mas não rompeu definitivamente a violência.

Os recursos utilizados por estas mulheres e as experiências vividas

Das histórias de vida destas mulheres emergiu que os recursos utilizados foram do tipo institucional e do tipo informal.

Relativamente aos primeiros salienta-se o Gabinete de Atendimento à Família (GAF), que constituiu um recurso para todas as mulheres. Importa contudo, lembrar que foi a partir desta instituição que acedemos às nossas participantes.

Quanto às outras instituições utilizadas como recurso, salientam-se o hospital, onde as mulheres recorreram sempre em situação de urgência após sofrerem violência física e as forças de segurança (PSP/GNR).

No tocante aos recursos informais, verificamos pelos dados obtidos, que estes foram essencialmente os familiares mais próximos (pais, irmã, filhos).

Sobre os recursos utilizados, as narrativas ilustraram experiências positivas e negativas.

A experiência institucional que mais satisfação e apoio proporcionou a estas mulheres foi o GAF, onde tiveram acompanhamento multidisciplinar, adaptado às suas necessidades.

As experiências negativas que mais se salientaram foram com as forças policiais (GNR), o que vai de encontro ao notado por Gelles & Straus (1988), por Silva (1995) e por Ramos (2004), que dizem que nas atitudes destes profissionais se manifestam os valores culturais patriarcais e que os mesmos influenciam a sua intervenção com as mulheres maltratadas pelo cônjuge.

Repercussões dos maus-tratos conjugais nestas mulheres

Podemos afirmar, com base nos resultados obtidos através da análise às histórias de vida destas mulheres, que os maus-tratos as prejudicaram ao nível da sua vida em geral e lhes causaram sofrimento e infelicidade, o que foi extensivo a toda a família, nomeadamente a nuclear.

As repercussões mais focadas foram a nível do bem-estar emocional; da saúde física e mental; do trabalho, especialmente pelo absentismo, e da família.

Parece-nos importante alertar para o facto de, na altura da entrevista, algumas das mulheres que tinham rompido a relação estarem medicadas para a depressão e referirem sintomas de stress pós-traumático, o que nos sugere que as repercussões ao nível da saúde mental podem ser de facto persistentes e graves.

São diversos os autores que consideram que a violência contra a mulher tem graves implicações na saúde física e mental (WHO, 2002; Ramos, 2004; DGS, 2005 cit Vicente, 2003)

Por último, no que concerne à família é de realçar o prejuízo ao nível dos papéis parentais e da relação entre o pai e os seus filhos, aspecto este, referido também por Gelles & Straus (1988) e por Fischer (1992). Estes, consideram que as agressões na família geram um ambiente familiar conflituoso onde as relações familiares se vão destroçar e comprometer o bem-estar familiar. Das narrativas de algumas mulheres, emergiu ainda o prejuízo no desenvolvimento das crianças, que Ramos (2004) defende ao referir que a violência no casal prejudica a saúde mental das crianças de forma tão marcada, que no futuro, estas podem não conseguir desenvolver uma vida social e familiar compensadora.

A dinâmica inter-relacional destas mulheres com os profissionais de saúde

Os dados obtidos a partir das narrativas destas mulheres, permitiram-nos perceber que a dinâmica inter-relacional destas mulheres com os profissionais é influenciada por factores que dificultam a solicitação, pelas mulheres, do apoio necessário e pelas atitudes quer das mesmas, quer dos profissionais de saúde no processo de interacção. Relativamente às primeiras, o sentimento de vergonha e as atitudes controladoras dos

agressores foram as dificuldades mais determinantes na procura de apoio dos profissionais de saúde.

Em situação de contacto com os profissionais, estas mulheres tiveram atitudes de evitamento e de ocultação da situação. Fernández Alonso et al., (2003) referem que estas atitudes são comuns nas mulheres maltratadas e devem alertar os profissionais para a possibilidade de violência conjugal.

Este aspecto relativo à intervenção dos profissionais de saúde é, na nossa perspectiva, muito importante, pois nas narrativas das mulheres que conosco colaboraram verificamos que as atitudes dos profissionais mais salientes foram: a desvalorização da situação e uma actuação centrada no modelo biomédico. Estas atitudes dos profissionais face às mulheres vítimas de maus-tratos são referidas por vários autores (Silva, 1995; Fernández Alonso et al., 2003 e Ramos, 2004).

Estas atitudes dos profissionais e as dificuldades inerentes à própria mulher podem justificar o facto de termos obtido poucos dados sobre as expectativas destas mulheres em relação aos profissionais de saúde. Nos discursos proferidos apenas duas mulheres apresentaram expectativas. Uma referiu que gostaria de ter sido escutada e a outra que gostaria de ter obtido informação.

Parece-nos pertinente estabelecer alguma relação entre os dados relativos a esta temática e os dados obtidos sobre os recursos comunitários utilizados pelas mulheres em situação de maus-tratos, onde o Centro de Saúde não foi referido como recurso para a situação.

CONCLUSÃO

Da teoria à problemática

Os maus-tratos continuam a ser uma realidade em muitas famílias, em que as mulheres são agredidas durante vários anos, com inevitáveis consequências no bem-estar e desenvolvimento familiar. A mulher é ainda a principal cuidadora familiar, pelo que as agressões que lhe são infligidas lhe alteram o seu auto-conceito e a auto-estima são condicionadoras do seu desempenho ao nível familiar e social.

Existem múltiplos factores que podem influenciar a saúde das pessoas e determinar risco de doença física ou de mal-estar mental e emocional. A violência contra a mulher ocorre sobretudo nas relações afectivas e é um risco para a saúde física e mental, conforme defende a OMS (1996, 2001), pelo sofrimento que provoca, pela necessidade de diversos tratamentos (psiquiátrico, físico) os quais comprometem, por um lado, o valioso contributo da mulher à sociedade e por outro, contribuem para o aumento dos gastos com a saúde e o absentismo laboral.

Sobre a saúde das comunidades, os profissionais de saúde têm a missão de a capitalizar e preservar através de uma intervenção orientada para a promoção, educação e tratamento, inerentes à violência conjugal, considerando os factores sócio-culturais e a interdisciplinaridade.

A problemática do nosso estudo revelou-se complexa pela susceptibilidade que a envolve, mas também pelo facto de ter na sua origem múltiplos factores e de se repercutir em diversos aspectos da vida pessoal, familiar e social.

A bibliografia que seleccionámos permitiu a obtenção de um conhecimento mais sustentado da problemática e proporcionou-nos uma perspectiva mais lata do fenómeno da violência contra a mulher, fundamentais para o desenvolvimento do enquadramento teórico deste trabalho e para uma condução científica do estudo.

Apesar disso, consideramos a bibliografia escassa relativamente às repercussões na família e à intervenção dos profissionais de saúde no âmbito deste fenómeno, nomeadamente ao nível do nosso país. Cientes deste facto, mantemos a ideia da relevância de compreender as vivências das mulheres sujeitas a maus-tratos pelo cônjuge para identificar a necessidade/tipo de intervenção dos profissionais de saúde, ou

seja, descobrir contributos que possam conduzir a estratégias favorecedoras de mudança na abordagem desta problemática social com repercussões na saúde.

Assim, partimos para o estudo tendo como principal objectivo conhecer a vivência das mulheres maltratadas pelo cônjuge e as suas expectativas relativamente aos profissionais de saúde. As opções metodológicas – Estudo de caso do tipo Histórias de Vida – pareceram-nos adequadas, pois contribuíram para conhecer de forma mais profunda todo o contexto da vida da mulher e os significados atribuídos, a partir das histórias vividas.

São várias as limitações que podem prevalecer e que importa considerar, apesar da nossa preocupação em manter o rigor científico e metodológico, decorrente da inexperiência da investigadora e do tempo disponível para desenvolver um trabalho que requer especial atenção, reflexão e dedicação.

Sobre os resultados obtidos

Da análise e discussão dos resultados obtidos, destacaram-se um conjunto de conclusões que respondem aos objectivos que estiveram na origem deste estudo.

1ª Conclusão – O conceito de maus-tratos conjugais centra-se essencialmente nas agressões a nível físico e psicológico que ocorrem no âmbito de uma relação conjugal, com ênfase para as agressões psicológicas.

Neste estudo verificamos que o conceito de maus-tratos não diz respeito apenas às agressões físicas mas também às agressões psicológicas, as quais adquirem um estatuto de maior gravidade, na perspectiva destas mulheres, pois originam um maior sofrimento.

Por isso, é importante que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, estejam atentos e valorizem não só as queixas físicas mas também os outros sinais de sofrimento, que por vezes estas mulheres procuram ocultar, embora visíveis através dos seus comportamentos/atitudes.

2ª Conclusão – Os maus-tratos na maior parte das situações, surgiram no início da união e/ou aquando da primeira gravidez/nascimento de um filho. A continuação destes

episódios de maus-tratos ocorre por ciclos de violência e num continuum crescente em frequência e em gravidade.

Verificou-se que o início dos maus-tratos na maioria das mulheres coincidiu com o início da união ou com a primeira gravidez/nascimento de um filho, o que parece sugerir que estes momentos de transição ao nível do ciclo familiar são momentos de risco relativamente à génese dos maus-tratos.

O início dos maus-tratos foi percebido a partir do momento em que a mulher foi alvo de uma agressão física. Apesar das mulheres atribuírem maior gravidade aos maus-tratos psicológicos, a agressão física parece ter sido o ponto de partida para a percepção/valorização dos outros tipos de violência.

A violência de que foram alvo estas mulheres, embora cada vez mais frequente e grave, não é diária, ocorre por ciclos de violência, com existência de períodos de arrependimento em que o agressor muda de comportamento, levando a mulher a acreditar numa melhoria relacional.

Neste âmbito, os profissionais de saúde têm um papel importante na análise da evolução da dinâmica familiar ao longo do seu ciclo vital e na informação e aconselhamento à mulher.

3ª Conclusão – Os maus-tratos são multivariados e associados ao nível das dimensões física, psicológica e sexual, com ênfase nas duas primeiras.

Constatámos que as mulheres ao referirem os tipos de maus-tratos se reportaram tanto aos maus-tratos físicos como aos maus-tratos psicológicos e algumas acrescentaram ainda os maus-tratos sexuais, o que significa que a violência conjugal resultou da conjugação de diversas formas de agressão.

Estes tipos de maus-tratos foram concretizados dos mais diversos modos: os maus-tratos físicos foram infligidos através da força física e da utilização de objectos; os maus-tratos psicológicos foram impostos por agressão verbal, por comportamentos/atitudes, por depreciação da mulher, por controlo da privacidade e da autonomia, por subtracção de dinheiro para as despesas familiares, por intimidação/ameaça, por falta de manifestação de afecto e por acusação de infidelidade.

Relativamente à violação sexual conjugal, verificamos que ainda existe a percepção feminina de obrigatoriedade nas relações sexuais com o cônjuge, o que impede as mulheres de perceberem este tipo de agressão como tal.

Deste modo, a educação sexual e a integração da dimensão sexual como factor de bem-estar emocional e de saúde devem ser tidas em consideração nas práticas dos profissionais de saúde.

4ª Conclusão – Os motivos de maus-tratos são multifacetados evidenciando-se os relacionados com o desequilíbrio do poder na relação conjugal, as características comportamentais negativas do cônjuge, os conflitos/censuras ao cônjuge, os hábitos aditivos do cônjuge, nomeadamente a ingestão excessiva de álcool. O ciclo intergeracional de violência é uma realidade nestas famílias, podendo constituir-se como outro dos motivos etiológicos da violência conjugal.

Verificamos que o desequilíbrio do poder na relação conjugal, expresso através de comportamentos do agressor denunciadores de autoritarismo/poder masculino e dos privilégios machistas, continua a ser uma realidade ainda presente na relação conjugal destas mulheres e que, na sua opinião, é uma das fontes das agressões, facilitada pela superioridade física característica do sexo masculino.

Constatamos ainda que os maus-tratos surgem também relacionados com características comportamentais do cônjuge sobretudo pelo ciúme, pela maldade, pelo egoísmo, entre outras. Outro motivo referido e que na nossa opinião pode estar relacionado com a ideia ainda existente de que o homem detém a supremacia na relação, são os conflitos/censuras ao cônjuge desencadeadas por questões económicas e a agressão física aos filhos.

Todos estes aspectos e a não existência de um padrão motivador da agressão, que foi uma situação que também constatámos no nosso estudo, podem sugerir dificuldades comunicacionais no casal que lhes dificultam a resolução pacífica dos conflitos.

Os maus-tratos prevaleceram em algumas situações após a separação ou divórcio sobretudo pela não participação económica e pelo controlo da vida pessoal da mulher, o que parece estar relacionado com as concepções culturais tradicionais do sentimento de posse da mulher pelo homem e parece haver da parte dos agressores

alguma desresponsabilização das suas obrigações com os filhos, como que traduzindo a responsabilidade exclusiva da mãe sobre a educação e o afecto às crianças.

A existência de um ciclo de violência intergeracional nas famílias do nosso estudo, pode ser considerado, e de acordo com alguns autores (Gelles & Straus, 1988; Matos, 2002; Ramos, 2004), como um factor etiológico dos maus-tratos.

Mais uma vez se evidencia a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro de família, no conhecimento e avaliação das famílias no seu contexto sócio-cultural, podendo deste modo detectar factores de risco e intervir precocemente.

5ª Conclusão – A concretização da ruptura de uma relação violenta é dificultada nomeadamente, por factores pessoais – a necessidade de proteger os filhos, a existência de laços afectivos, a dependência económica, assim como a percepção de auto-ineficácia – e por factores sócio-culturais – a tolerância com o agressor e a pressão para a manutenção do casamento – que conduzem a mulher à necessidade de desenvolver estratégias de adaptação à situação de maus-tratos.

No nosso estudo ficou evidenciado que o papel tradicional de género tem ainda na mulher uma dimensão importante e que em situação de insucesso relacional com o cônjuge pode ser dificultador da ruptura. De facto, a mulher como elemento de uma família que constituiu à partida por amor, que centra em si a responsabilidade dos cuidados com a casa e com os filhos, as necessidades afectivas e as necessidades económicas dificultam a ruptura. Um único ordenado ou o facto de não usufruir de ordenado é factor de preocupação em caso de separação/divórcio pois não permite fazer face a todas as necessidades económicas inerentes a uma família monoparental.

Os valores culturais tradicionais sobre a família e o casal, que colocam o colectivo acima de tudo e a tolerância às agressões de um marido à sua esposa e aos seus filhos, contribuíram, nas mulheres do nosso estudo, para dificultar ainda mais a ruptura da relação violenta. Apesar da percepção destes aspectos, uma das estratégias que estas mulheres utilizaram foi a fuga de casa, que pelas razões apontadas, foi várias vezes frustrada.

Perante estas circunstâncias, a mulher desenvolve a percepção de que não tem ajuda e não é capaz de se libertar sozinha, o que nos parece poder ter também subjacente a tradicionalmente repressão da capacidade de independência pessoal feminina.

Outras estratégias foram desenvolvidas pela mulher sobretudo com o objectivo de evitar as agressões e de melhorar o relacionamento: a submissão, os agradamentos ao cônjuge e o pedido de ajuda. Este último, é essencialmente direccionado a profissionais/instituições, no sentido de ajudarem o cônjuge a abandonar os hábitos aditivos e a melhorar a sua saúde mental, acreditando que assim resolveriam a situação de maus-tratos.

Para melhor lidar com a situação, algumas destas mulheres centraram-se nas necessidades dos filhos e dedicaram-se ao trabalho.

Constatamos que algumas destas mulheres retaliaram o comportamento do cônjuge, sobretudo verbalmente, mas algumas também reprimiram as suas emoções. Outro dado a salientar, são as tentativas de resolução da situação pelo diálogo com o cônjuge.

Verificamos que poucas foram as mulheres que utilizaram o recurso ao lazer.

Este aspecto, leva-nos a considerar novamente que os profissionais de saúde, estão em situação privilegiada para o diagnóstico da dependência de substâncias, que são um factor de risco para a própria saúde do agressor e para a mulher e os filhos estarem expostos a risco de lesões mais graves, devendo pois, considerar estes aspectos na avaliação da pessoa. Este aspecto prende-se, ainda, com uma área importante da intervenção dos profissionais de saúde – desenvolver estilos de vida saudáveis – que podem contribuir para o bem-estar emocional e mental e para o desenvolvimento de estratégias de Coping positivas.

6ª Conclusão – Os maus-tratos causaram prejuízo a nível do bem-estar emocional e na saúde física e mental destas mulheres, interferindo no bem-estar da família e no desempenho social.

A violência a que foram sujeitas estas mulheres provocou infelicidade, sofrimento e revolta e diversos danos ao nível da saúde – na integridade física (lesões de diferentes tipos); na saúde psicossomática (alterações do sono, queixas algícas e perda do desejo sexual); na saúde biofísica (risco obstétrico, risco de DST e hipertensão) e na saúde

mental (estados de ansiedade e depressivo, diminuição do auto-conceito e da auto-estima, ideação suicida e tentativa de suicídio e stress pós-traumático).

Constatamos que foram sobretudo os motivos relacionados com a saúde que motivaram o prejuízo da participação laboral.

Verificamos que ao nível do contexto familiar houve prejuízo no desempenho dos papéis parentais e nas relações familiares, o que teve consequências, em nosso entender, ao nível do desenvolvimento dos filhos.

Consideramos que a avaliação da pessoa e da saúde numa perspectiva holística, permite aos profissionais de saúde detectar as situações de maus-tratos e interromper a escalada dos danos ao nível da saúde das mulheres. A partir de sinais de lesão em diferentes estádios, de queixas psicossomáticas e de estados de tristeza ou de sinais comunicacionais de evitamento, etc., os profissionais podem ter uma intervenção que permita a identificação da etiologia desses sinais, a partir de uma atitude comunicacional facilitadora, planear e instituir a intervenção adequada.

A abordagem da família numa perspectiva de saúde deve integrar as práticas em saúde, já que as relações conflituosas podem influenciar a saúde da família e o desenvolvimento harmonioso das crianças ao nível mental e ao nível físico, e pode comprometer o seu futuro (Ramos, 2004).

7ª Conclusão – Os recursos utilizados foram diversos situando-se ao nível institucional – GAF, hospital, PSP/GNR – e ao nível informal – familiares ou pessoas das suas relações sociais. Estes recursos proporcionaram experiências positivas e negativas.

Relativamente aos recursos no âmbito da saúde, o hospital foi o único referido e só utilizado em situação de urgência, a qual proporcionou a algumas mulheres o encaminhamento, através do serviço social do hospital, para um serviço especializado em violência familiar – GAF, ou ainda o encaminhamento para o instituto de Medicina Legal. Importa salientar que foi em consequência de situações graves (fracturas, espancamentos graves, tentativa de suicídio) que o encaminhamento foi efectuado e que só as duas mulheres encaminhadas para a casa abrigo do GAF, manifestaram como positiva a experiência com o hospital.

As experiências foram positivas de forma expressiva com o GAF, onde existiu uma intervenção dirigida às necessidades destas mulheres. Foi também positivo o apoio obtido de elementos da família de origem, para metade destas mulheres.

As experiências negativas centraram-se essencialmente ao nível da GNR, pelas atitudes de tolerância com o agressor e deficiente intervenção.

Os aspectos referidos sugerem-nos tolerância com as agressões nas relações afectivas, mas podem também ter subjacente a deficiente formação profissional para o entendimento do fenómeno da violência contra a mulher nas relações conjugais e ao nível da intervenção e articulação dos serviços.

Ao nível dos profissionais de saúde o conhecimento da dinâmica deste fenómeno, dos riscos e dos recursos é essencial para que, estes possam actuar de forma eficiente junto destas mulheres. Ao nível dos dirigentes dos serviços/instituições deve existir sensibilidade para estas questões, no sentido do desenvolvimento de parcerias e de protocolos com instituições que contactem e tenham intervenção no âmbito da violência familiar e de condições de trabalho que permitam fazer face às necessidades destas mulheres.

8ª Conclusão – A dinâmica inter-relacional destas mulheres com os profissionais de saúde foi influenciada por factores ao nível da própria e por factores inerentes aos profissionais. Os profissionais de saúde não representam um recurso para as mulheres na situação de maus-tratos.

Ficou evidenciado neste estudo que os sentimentos da mulher, como a vergonha e as atitudes do agressor dificultam o pedido de ajuda aos profissionais de saúde, junto dos quais as mulheres têm atitudes de ocultação e de evitamento.

Em relação aos profissionais de saúde, verificamos que existem atitudes sobretudo de desvalorização da situação e intervenções centradas no modelo biomédico e, ambas dificultam o diagnóstico de maus-tratos.

Verificamos que algumas mulheres referiram não se sentir à vontade para falar da situação de maus-tratos com os profissionais de saúde, o que nos faz questionar a relação que se estabelece ao nível sobretudo dos centros de saúde, que é a instituição de

saúde que pela sua missão ao nível da comunidade, mais tempo de contacto proporciona entre estes actores.

Os dados que obtivemos relativamente às expectativas destas mulheres em relação aos profissionais de saúde, são escassos. De salientar que as expectativas referidas se centraram no desejo de ser escutada e no desejo de informação.

Em nossa opinião, esta baixa referência de expectativas, relaciona-se com o facto de nenhuma mulher ter mencionado o centro de saúde como recurso e do hospital constituir um recurso utilizado para o tratamento de lesões. Parece-nos ser legítimo supor que estas atitudes podem estar relacionadas com a percepção destas mulheres de um modelo de intervenção dos profissionais de saúde centrado na dimensão física e na doença.

As mulheres narraram-nos a sua experiência e apercebemo-nos que foi a partir da sua própria vivência que definiram alguns conceitos, isto foi saliente por exemplo na definição de maus-tratos. A questão que se nos coloca tem a ver com o facto de esta forma de actuação, e tendo em consideração o baixo nível de instrução destas mulheres, não poder ter sido um factor impeditivo de traçarem expectativas sobre um grupo profissional que não lhes transmitiu nas suas práticas a capacidade de nessa situação as ajudar.

Esta conclusão sugere-nos a premente necessidade de formação e de sensibilização dos profissionais de saúde sobre um fenómeno social que prejudica a saúde. Importante ainda, o desenvolvimento de competências comunicacionais que permitam a estes profissionais a abordagem de questões habitualmente consideradas da área privada e íntima das pessoas e das famílias e o estabelecimento de uma relação empática e de escuta activa para que a intervenção seja centrada nas necessidades da pessoa e da família.

9ª Conclusão – As mulheres mais jovens foram as que se mantiveram menos tempo na relação conjugal violenta e não se verificaram diferenças significativas entre as mulheres dos dois meios sócio-geográficos, relativamente à vivência da relação de maus-tratos.

Neste estudo, as mulheres que constituíram a população participante pertencem a diferentes gerações e são de meio sócio-geográfico urbano e rural. Verificamos que as

relações conjugais duraram, no caso das mulheres que a romperam – 13,8 anos, e que as mulheres mais jovens a mantiveram durante menos tempo. No caso das mulheres que se mantinham na relação à altura da colheita de dados, a duração média era de 25,8 anos. A maioria destas relações longas é das mulheres mais velhas, o que nos pode sugerir um sinal de mudança.

Síntese e sugestões

Este estudo permite-nos salientar que as mulheres e as famílias sofrem em decorrência da violência, cujo ciclo e dinâmica contribui para o isolamento e prejuízo da sua saúde e que, entre outras importantes razões sócio-culturais, dificultam o vislumbrar da solução que lhes permita resolver a situação.

Toda a sociedade tem um papel importante para promover a alteração desta situação.

A nível político são necessárias medidas que promovam o bem-estar das famílias e o estatuto social da mulher, proporcionando-lhes condições para uma intervenção sócio-laboral plena, e ainda pelo desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes neste problema.

Ao nível do ensino de crianças e jovens é importante que se faça a desconstrução de estereótipos e preconceitos inerentes ao género e à violência na família e se eduquem as pessoas, numa perspectiva de igualdade de género e de cidadania, desenvolvendo capacidades de comunicação e de resolução pacífica dos conflitos.

Ao nível da saúde é importante a integração da violência, como um risco para a saúde, tanto ao nível da formação como das práticas e da investigação.

Os enfermeiros, onde quer que exerçam a sua profissão, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, têm por inerência das suas funções, a responsabilidade de desenvolver o cuidar dos indivíduos, das famílias e da comunidade, numa perspectiva holística que inclua a promoção da saúde, para a qual as competências de comunicação, de relação e de empatia são ferramentas imprescindíveis, que devem ser desenvolvidas sistematicamente e de forma transversal desde a formação inicial.

É fundamental conhecer o fenómeno da violência conjugal para o compreender, o diagnosticar precocemente, para informar e para planear a intervenção e o

encaminhamento para os serviços direccionados especificamente para a abordagem deste fenómeno.

As grandes questões que nos sugerem os resultados deste estudo e que nos parecem ser importantes para um conhecimento mais abrangente e profundo sobre a temática situam-se a dois níveis:

- Nível dos profissionais de saúde –

* Porque razão as mulheres maltratadas identificam tantas repercussões da violência ao nível da saúde e não consideram os profissionais um recurso?

* Quais são os factores que dificultam a intervenção dos profissionais de saúde junto das mulheres vítimas de maus-tratos pelo cônjuge?

- Nível da vivência da violência na família –

Houve outras interrogações e curiosidade científica que o desenvolvimento deste trabalho nos suscitou. A primeira, refere-se à perspectiva do agressor e restante família. Como vivem a situação? O que sentem e quais as dificuldades; o que pensam; como os afecta? Parece-nos que a compreensão da violência na perspectiva dos vários elementos da família seria uma forma de enriquecer o conhecimento e as necessidades de intervenção. A segunda tem a ver com o estudo do fenómeno na perspectiva do homem agredido pela mulher.

A investigação deve ser um processo dinâmico, que permite respostas mas também suscita questionamento e curiosidade científica. As questões que este trabalho nos colocou, podem ser sugestivas de novos desafios a nível da investigação.

Este trabalho proporcionou-nos momentos de aprendizagem, de desenvolvimento de competências e de reflexão, que fizeram emergir novas ideias e que nos podem conduzir a outros desafios futuros.

E por último, é importante salientarmos o contributo positivo deste trabalho para a nossa formação, pelo conhecimento desenvolvido no âmbito de uma temática que tem sido pouco abordada pelos profissionais de saúde e pela aprendizagem de uma metodologia de investigação que pretendemos continuar a desenvolver em futuros projectos.

BIBLIOGRAFIA

AMNISTIA INTERNACIONAL (2006) – **Mulheres (In) visíveis: relatório da campanha acabar com a violência sobre as mulheres**. Portugal, Amnistia internacional.

ALARCÃO, Madalena (2000) – **(des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**, Coimbra, Quarteto editora.

ANTUNES, Manuel (2002) – Violência e vítimas em contexto doméstico in GONÇALVES, Rui A.; MACHADO, Carla, **Violência e Vítimas de Crimes**, vol.1: Adultos, Coimbra, Quarteto Ed.

BARDIN, Laurence (1977) – **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994) – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, Porto editora.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998) – **Metodologia da Investigação. Guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta.

CASIMIRO, Cláudia (2002) – Representações sociais de violência conjugal. **Análise Social**. Lisboa, (163), Jul. - Set., pp. 603 – 629.

COOK, J. Sue; FONTAINE, Karen Lee (1990) – **Enfermeria Psiquiátrica**. Madrid, Ed. Mc Graw Hill.

FISCHER, Gustave-Nicolas (1992) – **A Dinâmica social: violência, poder, mudança**. Lisboa, Planeta Editora.

FISKE, John (2002) – **Introdução ao estudo da comunicação**. Porto, Ed ASA.

GELLES, Richard J.; STRAUS, Murray A. (1988) – **Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family**. New York, Touchstone.

HÉRITIER, Françoise (1996) – **Masculino feminino: o pensamento da diferença.** Lisboa, Ed. Instituto Piaget.

HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures, Lusociência Ed.

HUBERMAN, A. Michael; MILES, Mathew B. (1991) – **Analyses des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes.** Bruxelles, De Boeck.

LEF (1999) – **Dévoiler les données cachées sur la violence domestique dans l'Union Européenne : rapport final.** Lobby Européenne des Femmes. Bruxelles: [s.n.]

MATOS, Marlene; GONÇALVES, Miguel (1999) – Narrativas da violência Conjugal: processos de Construção da Identidade in SOARES, Ana Paula; ARAÚJO, Salvador; CAIRES, Susana, **Avaliação psicológica: Formas e Contextos.** Braga, Associação dos psicólogos Portugueses. vol. IV.

MATOS, Marlene (2002) – Violência Conjugal in GONÇALVES, Rui Abrunhosa; MACHADO, Carla, **Violência e Vítimas de Crimes.** Coimbra, Quarteto Ed. vol.1: Adultos.

MICHEL, Andrée (1983) – **Sociologia da família e do casamento.** Porto, Rés Editora.

OGDEN, Jane (2000) – **Psicologia da saúde.** 2.º ed. Lisboa, Climepsi Editores.

PEREIRA, Ândrea; MATOS, Marlene & MACHADO, Carla (2006) – Violência sexual na conjugalidade: um estudo exploratório sobre as narrativas da vítima. **Psychologica**, 41, p.p. 119-150.

PÉREZ FERRER, Victoria A.; BOSCH FIOL, Esperanza; RIERA MADURELL, Teresa (2006) – Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las

mujeres en la pareja: análisis psicosocial. **Intervención Psicosocial**, vol.15, Nº 2, pp. 181-201.

POIRIER, Jean; CLAPIER-VALLADON, Simone; RAYBAUT, Paul (1999) – **Histórias de vida : teoria e prática**. 2.º ed. Oeiras, Celta editora.

PORTUGAL, Sílvia (2000) – Globalização e violência doméstica. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 57/58 Jun./Nov. pp. 231-257.

RAMOS, Natália (1990) – Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. **Actas do colóquio viver (n) a cidade**. Lisboa, LNEC, pp. 315-323.

RAMOS, Natália (1993) - **Maternage en milieu portugais autóctone et imigre : de la tradition à la modernité : une étude ethnopsychologique**. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade Paris V, René Descartes, Sorbonne.

RAMOS, Natália (2001) – Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, ano 35, nº 2 pp 155-178

RAMOS, Natália (2002) – Educação, saúde e culturas: novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, ano 36, nº 1, 2 e 3 pp 463-486.

RAMOS, Natália (2004) – **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa, Universidade Aberta.

RAMOS, Natália (2005) – Relações e solidariedades intergeracionais na família: dos avós aos netos. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, ano 39, nº1, pp195-216.

RELVAS, Ana Paula (1996) – **O Ciclo vital da família: perspectiva sistémica**. Porto, Ed. Afrontamento.

SARACENO, Chiara (1992) – **Sociologia da família**. Lisboa, ed. Estampa.

SEGALEN, Martine (1992) – **Antropología histórica de la familia**. 4.º ed. Madrid, Ed. Grupo Santillana de Ediciones, S.A.

SEGALEN, Martine (1999) – **Sociologia da família**, Lisboa, Ed. Terramar, Ed. Portuguesa 1999.

SILVA, Luísa Ferreira da (1995) – **Entre marido e mulher alguém meta a colher**. Celorico de Basto, à Bolina Editores livreiros Lda.

SILVA, Luísa Ferreira da; ALVES, Fátima (2002) – **Saúde das mulheres em Portugal**. Porto, Ed. Afrontamento.

TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, José A. Carvalho (2000) – **Psicologia em cuidados de saúde primários**. Lisboa, Climepsi Ed.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; JACKSON, Don D. (1993) – **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo, Ed. Cultrix Ltda.

WINKIN, Yves (dir.), (1981) - **La Nouvelle communication**. Paris, Ed. du Seuil.

BIBLIOGRAFIA ACEDIDA NA INTERNET

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (2003) – **Relatório Penélope sobre violência doméstica no sul da Europa**. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/relatorio_penelope.pdf consultado em Junho 2007.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (2005) – **Estatísticas totais nacionais**. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2005.pdf

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (2006) – **Estatísticas totais nacionais**. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2006.pdf

BALLARÍN, Pilar, et. al [s.d] – **Las Mujeres y la historia de europa** [on line] disponível em <http://www.helsinki.fi/science/xantippa/wes/wes21.html>

COELHO, Patrícia (2005) – Violência conjugal: violência física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. [on line]. Nº 21, Jul. Ago. pp. 343-351 disponível em: <http://www.apmcg.pt/document/71479/448736.pdf>

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen (2005) – A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**. [on line]. vol. 21, no. 2 [citado 2007-04-25], pp. 417-425. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200500020008&lng=pt&nrm=iso

DOURADO, Alexandra (1998) – Os Feminismos da diferença e do género In **Seminário: movimento feminista em Portugal**. [on line]. UMAR, Lisboa, 5 6 de Dezembro Disponível em: <http://umar.no.sapo.pt/investigacao/comunicacoes/Semin%20Mov.Feminista.pdf>

FERNÁNDEZ ALONSO, M.C. et al. (2003) – Violencia en la pareja: papel del médico de familia. **Atención Primaria**. [on line]. Vol. 32, nº 7, Out. pp. 425-433. Disponível em: http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13053461&pident_usuario=752964&pident_revista=27&fichero=27v32n07a13053461pdf001.pdf&ty=5&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es

HEISE, Lori (1994) – Violência e género: uma epidemia global. **Cad. Saúde Pública**. [on line]. [citado 2007-05-01]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X199400050009&lng=pt&nrm=iso

HORTA, Maria Teresa (1998) – O que é ser feminista hoje? In **Seminário: movimento feminista em Portugal**. [on line]. UMAR, Lisboa, 5 6 de Dezembro. Disponível em: http://umar.no.sapo.pt/investigacao/comunicacoes/Semin%Elrio_Mov.Feminista.pdf

MAJDALANI, María Pía, et al. (2005) – Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. **Revista Panamericana de Salud Publica**. [on line]. Vol. 17, no. 2 [citado 2007-05-01], pp. 79-83. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989200500020003&lng=pt&nrm=iso

PAIS, Marta Santos (1994) – **Violência contra as mulheres**. Seminário organizado, em 18 de Março de, pela Universidade Católica, em colaboração com a Secretaria de Estado da Justiça, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e o Clube Seroptimista Internacional de Lisboa. Disponível em: <http://www.gddc.pt/actividade-editorial/pdfs-publicacoes/7374-b.pdf>

PAIS, Elza (2006) – **Violência doméstica no roteiro para a inclusão**. [on line] Disponível em: <http://cidm.madbug.com/?new=1&tolevelID=50001>. Publicado em 14 de Agosto.

PALLA, Maria Antónia (1998) – Direito a ser...simplesmente mulher Para uma sociedade paritária In **Seminário: Movimento Feminista em Portugal**. [on line]. UMAR, Lisboa, 5,6 de Dezembro. Disponível em: http://umar.no.sapo.pt/investigacao/comunicacoes/Semin%Elrio_Mov.Feminista.pdf

REBELO, Dulce (1998) – As Ong do Conselho Consultivo da CIDM In **Seminário: Movimento Feminista em Portugal**. [on line]. UMAR, Lisboa, 5, 6 de Dezembro. Disponível em: http://umar.no.sapo.pt/investigacao/comunicacoes/Semin%Elrio_Mov.Feminista.pdf

ROSETA, Helena (1998) – Os paradoxos da igualdade In Seminário: **Movimento Feminista em Portugal**. [on line]. UMAR, Lisboa, 5, 6 de Dezembro. Disponível em:http://umar.no.sapo.pt/investigacao/comunicacoes/Semin%Elrio_Mov.Feminista.pdf

STEPHENSON, Rob; KOENIG, Michael A. & AHMED, Saifuddin (2006) – **Domestic violence and symptoms of gynecologic morbidity among women in North India**. Disponível em:
http://content.epnet.com/pdf18_21/pdf/2006/IPP/01Dec06/23799456.pdf?T=P&P=AN&K=23799456&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7U4v+bwOLCmrk+ep69Ss6q4TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdIuePfgeyx+Eu3q64A&D=a9h

TAVARES, Raquel [s. d.] - O Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. **Gabinete de documentação e Direito comparado**. Disponível em:
<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/onu-proteccao-dh/orgaos-onu-elim-disc-mulheres.html>

LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS OFICIAIS

CONSELHO DA EUROPA. Comité de Ministros dos Estados Membros (1985) – “Violence in the family”, Recommendation No. R (85) 4 on 26 March. Estrasburgo.

CONSELHO DA EUROPA. Comité de Ministros dos Estados Membros (1990) – “Social measures concerning violence within the family”, Recommendation No. R (90) 2 on 15 January. Estrasburgo.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1994) - **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**. Asamblea General A/RES/48/104 23 de Febrero. Disponível em:
<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/08/PDF/N9409508.pdf?OpenElement>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2003) – **Estratégias de combate à violência doméstica. Manual de recursos.** Lisboa, Ed. Direcção geral da saúde.

ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ (1946) - **Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu' adopté par la Conférence internationale sur la Santé.**New York, 19-22 Juin 1946 ; signé le 22 Juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (actes officiels de l'Organisation Mondiale de Santé, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 Avril 1948.

ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ (1996) – **WHA 49.25 La prévention de la violence: une priorité pour la santé publique,** la quarante-neuvième Assemblée mondial de la Santé, Genève, 20-25 Mai.

ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ (2001) – **EB 109/115 Violence et Santé : rapport du secrétariat.** Conseil Exécutif, cent neuvième session, 24 Nov.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) – **Promoción de la Salud: Glosario.** Ginebra. Traducido e adaptado por Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) - **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.** Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005) – **Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe.** Organización Mundial de la Salud, Departamento Género, Mujer y Salud, Ginebra.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986) – **Declaração de Ottawa para a Promoção da Saúde.** Geneva.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1997) – **Declaração de Yakarta para a promoção da saúde para o séc. XXI**, Geneva.

PORTUGAL (1999) Decreto-Lei nº 157/99, de 11 de Fevereiro, Conselho de Ministros, DR I-A série nº 108/99 de 10 de Maio. (Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde).

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (1999) – **A situação da mulher em Portugal: Breve análise estatística**. [on line]. Destaque do INE, informação à comunicação social, 5 de Março. Disponível em: <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/1999/d990305-2/d990305-2.pdf>

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2002a) – **Mulheres e Homens em Portugal nos Anos 90**. Lisboa, 2002.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2002b) – **A nupcialidade em Portugal 2001: dados definitivos**. [on line]. Destaque do INE, informação à comunicação social, 8 de Agosto. Disponível em: <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2002/d020808/d020808.pdf>

PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística (2004) – **Estatísticas demográficas 2003**. [on line]. Destaque do INE, informação à comunicação social, 30 de Setembro. Disponível em: http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp?sm_cod=198

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística [s.d.] – **Série 1970-2005: taxa bruta de nupcialidade e taxa bruta de divorcialidade**. [on line]. Disponível em: <http://www.ine.pt/PI/genero/Quadro.aspx>

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2006a) – **Estatísticas demográficas 2005**. [on line] Destaque do INE, informação à comunicação social, 30 de Novembro de 2006. Disponível em: <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2006/d061130-2/d06113-2.pdf>

PORTUGAL. Instituto Nacional De Estatística (2006b) – **Indicadores estatísticos gerais, população e condições sociais, casamentos.** [on line].Disponível em:

<http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?codInd=20>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2005) – **Saúde e violência contra as mulheres: um estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas.** Lisboa, Direcção Geral da Saúde, p.43.

PORTUGAL. Estrutura De Missão Contra a Violência Doméstica (2006) – **Guia de recursos na área da violência doméstica.** [Lisboa].Ed. Estrutura de missão contra a violência doméstica, Presidência do Conselho de Ministros, Ministério da Solidariedade, do Trabalho e da Segurança Social.

PORTUGAL. Presidência Do Conselho De Ministros, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001) – **Violência contra as mulheres na família.5.º ed.** Lisboa, CIDM. “Colecção Informar as Mulheres, nº9”

PORTUGAL. Presidência Do Conselho De Ministros, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2003) – **II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2003-2006.** Lisboa, CIDM

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **First ever Global Report on Violence and Health released. New WHO report more complete picture of global violence,** Geneva; 3 October.

SITES CONSULTADOS NA INTERNET

AMCV em http://www.amcv.org.pt/amcv_files/homemain.html

APAV em <http://www.apav.pt/apav.html>

CIDM em <http://www.cidm.pt/>

EMCVD em <http://www.emcviolenciadomestica.com/html/emcvd.asp?id=22>

GAF em <http://www.gaf.pt>

UMAR em <http://umar.no.sapo.pt/principal.htm>

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA

1 – Descreva a sua relação com o seu marido / companheiro (ex-marido; ex-companheiro)

- Descrição da relação (poder, papéis, comunicação, decisões)
- Como convive / convivia o casal (existência de maus-tratos)
- Existência de maus-tratos nas famílias de origem – como; quem
- Qual é / era a razão dessa situação (maus-tratos) (álcool e drogas, desemprego, ciúmes, dificuldades económicas, stress, falta de apoio familiar, tarefas com família)
- A relação foi sempre assim (fase da relação começaram os maus-tratos e duração)
- Como evoluiu a situação? (tipo, frequência)
- O que faz/fazia nessa situação, como se adaptou? (submissão; agressões - tipo; acreditava / acredita que a relação ia / vai melhorar)

2- Fale-me de como lida / lidava com a situação e de como se sentia (em relação a si, às famílias de origem, à sua vida social em geral [amigos; vizinhos; emprego; instituições de saúde ou outras])?

- Como se sentia, o que pensava sobre a relação e da forma como era tratada
- O que faz / fazia para lidar com a situação
- Que consequências acha que a situação tem / teve na sua vida em geral (a nível pessoal e saúde [tristeza; depressão; ansiedade; medo constante; dores crónicas ou frequentes; problemas ginecológicos, gastrointestinais]; familiar [filhos e outros coabitantes, família de origem] e social)?
- O que pensava/ fazia sobre o assunto a sua família de origem? E a dele?
- Tinha alguém em quem confiava para desabafar, pedir ajuda? (nas relações de vizinhança; recursos comunitários [Igreja; grupos de apoio social; Centro de Saúde; ONG]; nas relações de trabalho)

3 – Quando e como foi que decidiu pedir ajuda?

- Quem procurou e porquê

- Que ajuda lhe foi dada? O que pensa dessa ajuda? (satisfez as necessidades; não satisfez; como acha que deveria ter sido; foi importante para a resolução do problema)
- Se não recorreu profissionais de saúde porquê? Frequentava habitualmente o Centro de saúde?
- A situação alguma vez a fez recorrer ao hospital / centro de saúde? Como foi atendida / ajudada?
- Em toda essa situação quem lhe deu maior apoio? Foi o que esperava? Como gostaria que tivesse sido?

4 - Conceitos e significados

- O que é para si a relação / casamento de um homem e uma mulher?
- E a família?
- Para si, o que são maus-tratos? E violência conjugal?
- Como classificaria a situação que vive / viveu?

ANEXO 2 - INQUÉRITO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

E

Dados biográficos

Sexo (sexo) – F(1)

Idade (idade) ____ anos

Naturalidade (natural) _____; Freguesia (freg) _____

Área de residência (areares) _____; Há quanto tempo? (tpres) ____ anos

Estado civil (estciv) – casada (1) união de facto (2)

Estado civil actual (estcivact) – mesmo (5) separada (3) divorciada (4)

Situação familiar

Agregado familiar (agrifam) – Nuclear (1) Extenso: F (21) M (22)

Outro (3) _____

Duração da relação (durrel) ____ anos

Nº Filhos (nfilhos) _____; Idade _____

Escolaridade:

<p>Ensino básico (ensbas)</p> <p>1º Ciclo (1) <input type="checkbox"/></p> <p>2º Ciclo (2) <input type="checkbox"/></p> <p>3º Ciclo (3) <input type="checkbox"/></p>	<p>Ensino secundário (enssec)</p> <p>10º Ano (4) <input type="checkbox"/></p> <p>11º Ano (5) <input type="checkbox"/></p> <p>12º Ano (6) <input type="checkbox"/></p>	<p>Ensino superior (enssup)</p> <p>Licenciatura (7) <input type="checkbox"/></p> <p>Outro (8) <input type="checkbox"/> _____</p>
--	---	--

Situação laboral (sitprof):

Doméstica (1)

Desempregada (3) quanto tempo? _____

Empregada (2) _____

Rendimento mensal (rendmen)

0 - 250€	<input type="checkbox"/>	(1)
251 - 500€	<input type="checkbox"/>	(2)
501 - 550€	<input type="checkbox"/>	(3)
551 - 600€	<input type="checkbox"/>	(4)
601 - 700€	<input type="checkbox"/>	(5)
701 - 750€	<input type="checkbox"/>	(6)

751- 800€	<input type="checkbox"/>	(7)
851 - 900€	<input type="checkbox"/>	(8)
901 - 950€	<input type="checkbox"/>	(9)
951 - 1000€	<input type="checkbox"/>	(10)
1001 - 1050€	<input type="checkbox"/>	(11)
Mais de 1051€	<input type="checkbox"/>	(12)